

---

Angehörige als zentrale Partner in der institutionellen Altersarbeit  
Erarbeitung, Umsetzung und Evaluation eines ganzheitlichen Konzepts  
zur Angehörigenarbeit im PZ Käferberg

---

**Abhandlung  
zur Erlangung der Doktorwürde  
der Philosophischen Fakultät  
der  
Universität Zürich**

vorgelegt von

Dipl. Psych. Bettina Ugolini  
von Deutschland

Angenommen im Sommersemester 2006  
auf Antrag von Frau Prof. Dr. Brigitte Boothe und Herrn Privatdozent Dr. Albert Wettstein

Zürich, im März 2006

*gewidmet:  
meinem Grossvater,  
der mit seinem Sein  
meinen persönlichen Lebensweg  
entscheidend geprägt hat*

## Abstract

Die Situation alter, pflegebedürftiger Menschen ist ein Problembereich von hoher gesellschaftlicher Relevanz. Vor dem Hintergrund, dass zunehmend mehr diskutiert wird, wer die Alten pflegt und welche Rolle in diesem Kontext die Bereitschaft zu innerfamiliärer Unterstützung spielt, steht in dieser Arbeit die Situation der betroffenen Angehörigen im Vordergrund. Studien zu Hilfe und Unterstützung der älteren Personen zeigen, dass familiäre Unterstützung weiterhin häufig gewährleistet ist und der Kontakt auch dann nicht abbricht, wenn ein Eintritt in eine Pflegeinstitution unumgänglich geworden ist. Somit wird eine enge Koordination und Kooperation zwischen den familialen und professionellen Pflegeleistungen zunehmend wichtiger, und Angehörigenarbeit wird in Pflegeinstitutionen ein immer zentraleres Thema.

Die vorliegende Arbeit beschreibt ein Pilotprojekt, dass in Kooperation zwischen den Pflegezentren der Stadt Zürich und der Psychologischen Beratungsstelle LiA, Leben im Alter, am Zentrum für Gerontologie durchgeführt wurde. Es handelt sich dabei um die Erarbeitung, Umsetzung und empirische Überprüfung eines ganzheitlichen Konzepts zur Angehörigenarbeit.

Mit einer interdisziplinär zusammengesetzten Projektgruppe wurde innerhalb von drei Monaten ein solches Konzept erarbeitet. In der Folge wurden die erarbeiteten Massnahmen und Angebote in die Praxis umgesetzt und im Betrieb eingeführt. Durch Befragungen der Projektgruppe, der Mitarbeitenden und auch der Angehörigen vor und nach der Umsetzung wurden die Machbarkeit, die Akzeptanz und auch die Wirkung des Projekts überprüft. Das Projekt „Angehörige als zentrale Partner in der institutionellen Altersarbeit“ startete im Oktober 2003 und wurde im Dezember 2005 abgeschlossen. Unmittelbar vor und nach vollzogener schrittweiser Einführung und Umsetzung der geplanten Massnahmen erfolgten die Datenerhebungen.

Die Durchführung und die Ergebnisse zeigen, dass es möglich war, innerhalb knapp begrenzter Zeit ein solches Konzept zu erarbeiten und dieses auch in die Praxis umzusetzen. Der Vergleich der Aussagen von Angehörigen zu zwei Messzeitpunkten liess im Bereich der Möglichkeit zu persönlichen Gesprächen und im Kontakt zum ärztlichen Dienst positive Veränderungen erkennen. Auf Seiten der Mitarbeitenden hat die Angehörigenarbeit an Wichtigkeit gewonnen. Ebenso haben Wissen über Angehörige und die Gesprächs- und Kooperationsbereitschaft der Mitarbeitenden zugenommen. Gleichzeitig haben die Häufigkeit von belastenden Situationen mit Angehörigen und das Belastungserleben der Mitarbeitenden abgenommen. Bei der Beurteilung des Angebots durch die Angehörigen lässt sich erkennen, dass sie gut darüber informiert sind und dass alle Angebote, wenn auch in unterschiedlicher Auslastung, genutzt werden. Alle Angebote werden von über 60% der Befragten als sehr sinnvoll bis sinnvoll eingestuft. Mehr als 75% bewerteten die Nutzung als teilweise hilfreich bis sehr hilfreich. Ebenso positiv wurden die Angebote von den Mitarbeitenden bewertet.

Zusammenfassend kann das Pilotprojekt als erfolgreich bezeichnet werden. Für die Generalisierung und die Übernahme des Projekts in anderen Pflegeinstitutionen sollte allerdings bedacht werden, dass der Erfolg nicht einfach durch den Einsatz der erarbeiteten Hilfsmittel gewährleistet ist, sondern dass die vertiefte Auseinandersetzung in Schulungen, Beratungen und die Begleitung der Umsetzung von grosser Wichtigkeit sind.

## Dank

*Diese Studie wurde von der Vontobel Stiftung durch ein Stipendium für die Verfasserin und von den Pflegezentren der Stadt Zürich finanziell unterstützt und damit erst ermöglicht. Mein Dank für diese Chance und das Vertrauen gilt im Besonderen Herrn Dr. Vontobel und Herrn K. Meier.*

*Frau Prof. Dr. B. Boothe und Herr PD Dr. A. Wettstein danke ich für die berufliche Förderung, die ich immer wieder durch sie erfahren durfte, und für die Ermutigung, die Promotion überhaupt in Angriff zu nehmen. Ihre Begleitung und Begutachtung war eine Bereicherung und grosse Unterstützung in der Planung und Durchführung dieser Arbeit.*

*Für die methodisch fachliche Auseinandersetzung in der Entwicklung der Projektidee und bei der Durchführung danke ich Prof. Dr. M. Martin, H. R. Schelling und Dr. D. Zimprich. Die verschiedenen Perspektiven haben mir geholfen, das Projekt zu dem werden zu lassen, was es jetzt ist.*

*In der praktischen Projektarbeit waren mir Herr R. Zaugg und Frau S. Zwinggi unverzichtbare Stützen. Die Zusammenarbeit in der Projektleitung war beispiellos und überaus motivierend. Selten hat mir eine Arbeit trotz mancher Durststrecke so viel Freude gemacht. Der engagierten Arbeit der Projektgruppe und der Mitarbeitenden im Pflegezentrum Käferberg bin ich dankbar für die Unterstützung in der Umsetzung des Projekts. Ohne sie wäre es niemals möglich gewesen. Ebenso gilt mein Dank allen Angehörigen, die sich an dieser Studie beteiligt haben.*

*Bei der Bewältigung von Literaturrecherchen und Anwendungsproblemen von Statistikprogrammen konnte ich auf Frau. S. Friess und Herr M. Allemand zählen. Dafür danke ich beiden ganz herzlich.*

*Nicht zuletzt danke ich den vielen Personen aus meinem privaten Umfeld, durch deren Freundschaft und Begleitung das Durchhalten überhaupt möglich wurde. Zu nennen sind Frau Dr. A. Wunnerlich, die mich nun über viele Jahre in meiner persönlichen und beruflichen Entwicklung begleitet und immer wieder gefordert hat. Frau C. Bacher-Lücke, die trotz räumlicher Entfernung nahezu jeden Schritt des Projekts in fast täglichem Kontakt miterlebt und unterstützt hat und Frau E. Schaadt, die immer mit einem offenen Ohr zur Stelle war. Ich danke allen weiteren Freundinnen für die vielen grossen Kleinigkeiten während der letzten Jahre und freue mich darauf, Privatem nun wieder mehr Platz geben zu können.*

*Meinen Eltern und Geschwistern mit ihren Familien danke ich für die familiäre Unterstützung und den Glauben an mich. Ich bin froh, dass es sie alle gibt.*

*Und schliesslich danke ich Chr. Leuner, meinem Partner, der in der entscheidenden Endphase dieser Arbeit mein Leben bereichert, mich begleitet und unterstützt hat.*

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b>	S. 11
<b>2. Theoretischer Rahmen</b>	
<b>„Fürsorge pflegebedürftiger alter Menschen als Belastung und Herausforderung“</b>	
2.1. Belastung – Begriffliche Erläuterung und Eingrenzung	S. 14
2.2. Stresstheorien	S. 15
2.2.1 <i>Biologische Stresskonzepte</i>	S. 16
2.2.2 <i>Life-Event Ansätze</i>	S. 17
2.2.3 <i>Soziologische Stresskonzepte</i>	S. 18
2.2.4 <i>Psychologische Stresskonzepte</i>	S. 20
2.3. Die Bewältigung von Stress oder Belastung	S. 22
2.3.1 <i>Klassifikationen von Bewältigungsstrategien</i>	S. 24
2.3.2 <i>Bewältigungsressourcen</i>	S. 25
2.4. Die Situation der Angehörigen von pflegebedürftigen alten Menschen	S. 29
2.4.1 <i>Die Belastungen von Angehörigen</i>	S. 29
2.4.1.1 Belastende Momente bei Pflegebedürftigkeit	S. 29
2.4.1.2 Belastende Momente beim Heimeintritt	S. 31
2.4.1.3 Belastende Momente im Heimalltag	S. 33
2.4.1.4 Belastende Momente beim Sterben des Bewohners	S. 35
2.5. Die Situation der Pflegenden in der Langzeitpflege	S. 36
2.5.1 <i>Die Belastungen von professionellen Pflegenden</i>	S. 37
2.5.1.1 Belastungen durch die beruflichen Anforderungen	S. 37
2.5.1.2 Belastungen durch personelle oder organisatorische Rahmenbedingungen	S. 38
2.5.1.3 Belastungen durch pflegerische Handlungen	S. 39
2.5.1.4 Belastungen durch den Umgang mit Angehörigen	S. 40
2.6. Konfliktfelder zwischen Angehörigen und professionell Pflegenden	S. 41
2.7. Die Bedeutung von Angehörigenarbeit	S. 43

2.8. Desiderate an ein Angehörigenkonzept	S. 45
2.8.1 <i>Betriebliche Bedingungen</i>	S. 45
2.8.2 <i>Konzeptuelle Bedingungen</i>	S. 47
2.8.3 <i>Unterstützung der Mitarbeitenden</i>	S. 51

### **3. Organisation des Projekts**

#### **„Angehörige als zentrale Partner in der institutionellen Altersarbeit“**

3.1 Beschreibung der Ausgangslage	S. 55
3.2 Die Projektleitung	S. 55
3.3 Die Projektziele	S. 56
3.4 Die Projektgruppe	S. 56
3.5 Die Projektdokumentation	S. 57
3.6 Die Sitzungsstruktur	S. 57
3.7 Der Projektzeitplan	S. 57

### **4. Das Konzept zur Angehörigenarbeit**

#### **Information – Unterstützung und Entlastung – Kooperation und Integration**

4.1 Die Konzepterstellung und Ausarbeitung	S. 59
4.2 Die Konzeptinhalte	S. 60
4.2.1 <i>Vorinformation und Begleitung beim Eintritt, Integration in den Alltag der Bewohnerin und Nachbetreuung nach einem Sterbefall</i>	S. 60
4.2.2 <i>Informationsveranstaltungen und Anlässe für Angehörige</i>	S. 62
4.2.3 <i>Wissens- und Kompetenzmanagement für Angehörige</i>	S. 65
4.2.4 <i>Ärztliche Kontaktpflege</i>	S. 67
4.2.5 <i>Psychologisch begleitete Angehörigengruppen</i>	S. 68
4.2.6 <i>Bildung der Mitarbeitenden zur Angehörigenarbeit</i>	S. 69
4.2.7 <i>Umgang mit Anliegen und Beschwerden</i>	S. 72

### **5. Die Konzeptumsetzung in die Praxis**

S. 75

## **6. Methode der empirischen Überprüfung des Projekts**

### **„Angehörige als zentrale Partner in der institutionellen Altersarbeit“**

6.1	Definition der Stichproben	S. 78
6.2	Die Entwicklung der Erhebungsinstrumente	S. 78
6.2.1	<i>Fragebogen für die Projektgruppe</i>	S. 79
6.2.2	<i>Fragebogen für die Angehörigen</i>	S. 81
6.2.3	<i>Fragebogen für die Mitarbeitenden</i>	S. 83
6.3	Die Datenerhebung	S. 85
6.4	Fragestellungen der empirischen Überprüfung	S. 85
6.5	Die Datenanalyseverfahren	S. 87

## **7. Ergebnisse der empirischen Überprüfung des Projekts**

### **„Angehörige als zentrale Partner in der institutionellen Altersarbeit“**

7.1	Ergebnisse der Konzeptphase	S. 89
7.1.1	<i>Deskriptive Daten der Stichprobe „Projektgruppe“</i>	S. 89
7.1.2	<i>Stimmungsbarometer der 4 Projektgruppensitzungen</i>	S. 89
7.1.3	<i>Die Beurteilung des Stellenwertes der Angehörigenarbeit</i>	S. 90
7.1.4	<i>Die Beurteilung des Zeitbudgets</i>	S. 91
7.1.5	<i>Die Beurteilung der Zusammensetzung der Projektgruppe</i>	S. 91
7.1.6	<i>Die Beurteilung der Arbeitsweise der Projektgruppe</i>	S. 92
7.1.7	<i>Die eigene Inanspruchnahme durch das Projekt</i>	S. 94
7.1.8	<i>Die Beurteilung der Ergebnisse der Projektarbeit</i>	S. 95
7.1.9	<i>Die Beurteilung der Umsetzbarkeit</i>	S. 95
7.1.10	<i>Die Beurteilung der Projektleitung</i>	S. 96
7.2	Die Beurteilung der Umsetzungsphase	S. 99
7.3	Ergebnisse der Fragebogenerhebung der Stichprobe „Angehörige“	S. 102
7.3.1	<i>Deskriptive Daten der Stichproben „Angehörige“</i>	S. 102
7.3.2	<i>Stichproben „Angehörige“ im Vergleich</i>	S. 103
7.3.3	<i>Prä-/Post-Vergleiche „Angehörige“</i>	S. 105
7.3.3.1	Die Zufriedenheit mit den einzelnen Bereichen	S. 106

7.3.3.2	Die Zufriedenheit mit fachlicher und menschlicher Betreuung und „gut aufgehoben sein“	S. 107
7.3.3.3	Die Berücksichtigung der Bedürfnisse der Bewohner	S. 107
7.3.3.4	Die Möglichkeit für persönliche Gespräche der Bewohner	S. 109
7.3.3.5	Die Belastung durch den Heimeintritt und das Leben im Heim	S. 110
7.3.3.6	Die Beurteilung verschiedener Aspekte der Angehörigenarbeit	S. 111
7.3.3.7	Die Zufriedenheit mit dem Kontakt zum Personal	S. 115
7.3.3.8	Die Subjektive Belastung	S. 116
7.3.3.9	Korrelative Zusammenhänge der verschiedenen Variablen	S. 117
7.3.4	<i>Die Beurteilung des Angebots durch Angehörige</i>	S. 118
7.4	Ergebnisse der Fragebogenerhebung der Stichprobe „Mitarbeitende“	S. 122
7.4.1	<i>Deskriptive Daten der Stichproben „Mitarbeitende“</i>	S. 122
7.4.2	<i>Stichproben „Mitarbeitende“ im Vergleich</i>	S. 123
7.4.3	<i>Prä-/Post-Vergleiche „Mitarbeitende“</i>	S. 125
7.4.3.1	Die Wichtigkeit der Angehörigenarbeit grundsätzlich	S. 125
7.4.3.2	Die Wichtigkeit der Angehörigenarbeit im letzten Jahr	S. 126
7.4.3.3	Die Wichtigkeit der Angehörigenarbeit in Zukunft	S. 127
7.4.3.4	Die Wichtigkeit der Angehörigenarbeit im letzten Jahr und in Zukunft	S. 128
7.4.3.5	Die Wichtigkeit der Angehörigen für die Bewohner	S. 129
7.4.3.6	Die Beurteilung des Angebotes für die Angehörigen	S. 130
7.4.3.7	Die Einstellung gegenüber Angehörigen	S. 131
7.4.3.8	Die Arbeitszufriedenheit	S. 133
7.4.3.9	Die Selbsteinschätzung der Kompetenz im Umgang mit Angehörigen	S. 133
7.4.3.10	Die Belastung durch Angehörige	S. 135
7.4.3.11	Korrelative Zusammenhänge der verschiedenen Variablen	S. 138
7.4.4	<i>Die Beurteilung des Unterstützungsangebots für die Mitarbeitenden</i>	S. 140
7.4.5	<i>Die Beurteilung der Wirkung des Projekts</i>	S. 141

## 8. Zusammenfassung der Ergebnisse und Diskussion

8.1.	Die Konzeptphase	S. 143
8.1.1	<i>Die kritische Beurteilung durch die Projektleitung</i>	S. 143
8.1.2	<i>Die kritische Beurteilung durch die Projektgruppe</i>	S. 144



8.2. Die Konzeptumsetzung	S. 146
8.3. Prä-/Post-Vergleiche der Angehörigen	S. 147
8.3.1 <i>Die Zufriedenheit mit den einzelnen Bereichen</i>	S. 148
8.3.2 <i>Die Zufriedenheit mit der fachlichen und menschlichen Betreuung</i>	S. 148
8.3.3 <i>Die Berücksichtigung der Bedürfnisse der Bewohner</i>	S. 149
8.3.4 <i>Die Möglichkeit für persönliche Gespräche</i>	S. 149
8.3.5 <i>Die Belastung der Angehörigen</i>	S. 150
8.3.6 <i>Die Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der Angehörigenarbeit</i>	S. 151
8.3.7 <i>Die Zufriedenheit mit dem Kontakt zum Personal</i>	S. 152
8.4. Die Akzeptanz und Beurteilung des Konzepts durch die Angehörigen	S. 153
8.5. Prä-/Post-Vergleiche der Mitarbeitenden	S. 154
8.5.1 <i>Die Wichtigkeit der Angehörigenarbeit</i>	S. 154
8.5.2 <i>Die Wichtigkeit der Angehörigen für den Bewohner</i>	S. 155
8.5.3 <i>Die Einstellung gegenüber Angehörigen</i>	S. 155
8.5.4 <i>Die Arbeitszufriedenheit</i>	S. 156
8.5.5 <i>Die Selbsteinschätzung der Kompetenz im Umgang mit Angehörigen</i>	S. 156
8.5.6 <i>Die Belastung durch Angehörige</i>	S. 157
8.6. Die Akzeptanz und Beurteilung des Konzepts durch die Mitarbeitenden	S. 159
8.6.1 <i>Die Beurteilung des Angebots für Angehörige</i>	S. 159
8.6.2 <i>Die Beurteilung der Unterstützung in der Angehörigenarbeit</i>	S. 160
8.6.3 <i>Die Beurteilung der Wirkung des Projekts</i>	S. 160
8.7. Methodisches Vorgehen	S. 161
8.8. Ein Rückblick auf das Projekt „Angehörige als zentrale Partner in der institutionellen Altersarbeit“	S. 163
8.9. Erkenntnisse und Ausblick	S. 164

## 9. Literatur

## Anhang

## Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung 1</b>	Stressmodell nach Lazarus	S. 21
<b>Abbildung 2</b>	Zeitlicher Ablauf der verschiedenen Phasen des Pilotprojekts und die Folge der Evaluationsschritte	S. 58
<b>Abbildung 3</b>	Zusammenfassende Darstellung der Inhalte des Konzepts zur Angehörigenarbeit im Pflegezentrum Käferberg	S. 73
<b>Abbildung 4</b>	Auswertung der Stimmungsbarometer der 4 Projektsitzungen	S. 90
<b>Abbildung 5</b>	Beurteilung der Arbeitsweise und Zusammensetzung der Projektgruppe im Hinblick auf die Akzeptanz, Umsetzbarkeit und Qualität der Massnahmen und die Effizienz der Projektarbeit	S. 98
<b>Abbildung 6</b>	Vergleich der Stichprobengrössen in den Stichproben „Angehörige“	S. 103
<b>Abbildung 7</b>	Vergleich der Geschlechterverteilung in den drei Stichproben „Angehörige“	S. 104
<b>Abbildung 8</b>	Vergleich der Verteilung der Verwandtschaftsgrade in den drei Stichproben „Angehörige“	S. 104
<b>Abbildung 9</b>	Zufriedenheit der Angehörigen mit den einzelnen Dienstbereichen zu den beiden Messzeitpunkten	S. 106
<b>Abbildung 10</b>	Zufriedenheit der Angehörigen mit verschiedenen Aspekten der Betreuung zu beiden Messzeitpunkten	S. 107
<b>Abbildung 11</b>	Einschätzung der Bedürfnisberücksichtigung der Bewohner durch die Angehörigen zu beiden Messzeitpunkten	S. 108
<b>Abbildung 12</b>	Einschätzung der Möglichkeit für persönliche Gespräche der Bewohner mit dem Personal der verschiedenen Dienstbereiche durch die Angehörigen zu beiden Messzeitpunkten	S. 109
<b>Abbildung 13</b>	Belastung der Angehörigen durch den Heimeintritt und das Leben im Heim zu beiden Messzeitpunkten	S. 110
<b>Abbildung 14</b>	Beurteilung verschiedener Aspekte der Angehörigenarbeit durch die Angehörigen zu beiden Messzeitpunkten	S. 114
<b>Abbildung 15</b>	Zufriedenheit der Angehörigen mit dem Kontakt zum Personal der verschiedenen Bereiche zu beiden Messzeitpunkten	S. 116

<b>Abbildung 16</b>	Subjektive Belastung der Angehörigen zu beiden Messzeitpunkten	S. 117
<b>Abbildung 17</b>	Informationsstand der Angehörigen über die verschiedenen Angebote nach Projektabschluss	S. 119
<b>Abbildung 18</b>	Nutzung der einzelnen Angebote durch die Angehörigen in %	S. 120
<b>Abbildung 19</b>	Beurteilung der Angehörigen für wie sinnvoll sie die Angebote halten	S. 120
<b>Abbildung 20</b>	Beurteilung der Angebote durch die Angehörigen, sofern sie davon Gebrauch gemacht haben	S. 121
<b>Abbildung 21</b>	Vergleich der Stichprobengrößen in den Stichproben „Mitarbeitende“	S. 123
<b>Abbildung 22</b>	Prozentuale Beteiligung der Mitarbeitenden der verschiedenen Bereiche in den drei Stichproben „Mitarbeitende“	S. 124
<b>Abbildung 23</b>	Vergleich der Geschlechterverteilung in den drei Stichproben „Mitarbeitende“	S. 124
<b>Abbildung 24</b>	Beurteilung der Wichtigkeit von Angehörigenarbeit durch die Mitarbeitenden zu beiden Messzeitpunkten	S. 126
<b>Abbildung 25</b>	Beurteilung der Wichtigkeit von Angehörigenarbeit durch die Mitarbeitenden im letzten Jahr zu beiden Messzeitpunkten	S. 127
<b>Abbildung 26</b>	Beurteilung der Wichtigkeit von Angehörigenarbeit in Zukunft durch die Mitarbeitenden zu beiden Messzeitpunkten	S. 128
<b>Abbildung 27</b>	Beurteilung der Wichtigkeit der Angehörigen für die Bewohner durch die Mitarbeitenden zu beiden Messzeitpunkten	S. 129
<b>Abbildung 28</b>	Informationsstand der Mitarbeitenden über die einzelnen Angebote für Angehörige nach Abschluss des Projekts	S. 130
<b>Abbildung 29</b>	Beurteilung der Mitarbeitenden darüber, wie sinnvoll die einzelnen Angebote für die Angehörigen sind zum zweiten Messzeitpunkt	S. 131
<b>Abbildung 30</b>	Positive und kritische Einstellung der Mitarbeitenden gegenüber den Angehörigen zu beiden Messzeitpunkten	S. 132

<b>Abbildung 31</b>	Selbsteinschätzung der Kompetenz der Mitarbeitenden im Umgang mit Angehörigen zu beiden Messzeitpunkten	S. 134
<b>Abbildung 32</b>	Beurteilung der Häufigkeiten belastender Situationen mit Angehörigen durch die Mitarbeitenden zu beiden Messzeitpunkten, bei denen sich eine signifikante Veränderung ergab	S. 136
<b>Abbildung 33</b>	Beurteilung des Unterstützungsangebots durch die Mitarbeitenden nach Projektabschluss	S. 140
<b>Abbildung 34</b>	Beurteilung der Wirkung des Projekts durch die Mitarbeitenden nach Projektabschluss	S. 141

## Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1</b>	Soziodemografische Daten der Stichproben „Angehörige“	S. 102
<b>Tabelle 2</b>	Gruppenunterschiede auf den beiden Belastungsskalen zu beiden Messzeitpunkten	S. 105
<b>Tabelle 3</b>	Korrelative Zusammenhänge verschiedener Aspekte der Angehörigenarbeit mit der Belastung durch den Heimeintritt und das Leben im Heim und der subjektiven Belastung	S. 118
<b>Tabelle 4</b>	Soziodemografische Daten der Stichprobe „Mitarbeitende“	S. 122
<b>Tabelle 5</b>	Wichtigkeit von Angehörigenarbeit im letzten Jahr und in Zukunft zum ersten Messzeitpunkt	S. 128
<b>Tabelle 6</b>	Wichtigkeit von Angehörigenarbeit im letzten Jahr und in Zukunft zum zweiten Messzeitpunkt	S. 129
<b>Tabelle 7</b>	Häufigkeiten der belastenden Situationen mit Angehörigen	S. 135
<b>Tabelle 8</b>	Belastungsintensität der belastenden Situationen mit Angehörigen	S. 137
<b>Tabelle 9</b>	Korrelative Zusammenhänge zwischen den Einstellungsskalen und der Selbsteinschätzung der Kompetenz im Umgang mit Angehörigen zum ersten Messzeitpunkt	S. 138
<b>Tabelle 10</b>	Korrelative Zusammenhänge zwischen den Einstellungsskalen und der Selbsteinschätzung der Kompetenz im Umgang mit Angehörigen zum zweiten Messzeitpunkt	S. 139

## 1. Einleitung

Die Situation der älteren Generation in der Gesellschaft gewinnt nicht nur in der Sozialpolitik, sondern auch in der psychologischen Forschung seit längerem zunehmend an Bedeutung. Ein Aspekt, der häufig in der Öffentlichkeit diskutiert wird, ist die Pflege und Betreuung derjenigen, die mit steigendem Alter vermehrt auf Hilfe angewiesen sind. Wenn auch der grosse Teil älterer Menschen sogar bis ins hohe Alter so viel Unabhängigkeit behält, dass der verdiente Lebensabend in der eigenen Wohnung verbracht werden kann, gibt es doch eine zahlenmässig nicht unbedeutende Gruppe, die die letzten Lebensjahre in einer Institution wie Alters- oder Pflegeheim verbringt. Aus Sicht der Institution spielen Angehörige vom Zeitpunkt des Heimeintritts an in Bezug auf die Pflege eine eher untergeordnete Rolle, dass heisst jede Institution ist selber verpflichtet, die nötigen Mittel und Ressourcen zur Verfügung zu stellen, um die erforderliche Pflege und Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner\* zu gewährleisten. Trotzdem haben die Angehörigen\* je nach Philosophie oder Leitbild des Pflegeheims die Möglichkeit, auf freiwilliger Basis ein gewisses Engagement zu erbringen.

Aus Sicht der betroffenen Bewohner allerdings ist der Kontakt zu ihren Angehörigen von grosser Bedeutung. Bewohner haben kleinere soziale Netzwerke und fühlen sich häufiger einsam als Menschen, die zu Hause leben. Obwohl die Grösse der Netzwerke mit zunehmendem Alter generell abnimmt, zeigt sich, dass Familien- und enge Freundschaftsbeziehungen bis ins hohe Alter stabil bleiben. Alte Eltern und ihre Kinder besuchen sich häufiger als in jungen Jahren, und die Häufigkeit der Besuche steigt sogar mit zunehmendem Alter. Der Kontakt von Bewohnern von Pflegeinstitutionen zu den eigenen Kindern, Ehepartnern oder anderen nahen Angehörigen scheint für den Beobachter oft wie eine Brücke zum „richtigen“ Leben, eine Hilfe zur Orientierung. Wie ein Zeichen für das, was der alte Mensch einmal war, was sein Leben eigentlich ausgemacht hat und ein Stück weit immer noch ausmacht.

Angehörigenarbeit ist so in der geriatrischen Langzeitpflege bereits seit längerer Zeit ein wichtiges und viel diskutiertes Thema. Das Bewusstsein dafür, dass der Angehörige ein Teil des Lebens des Bewohners ist und dessen Wohlbefinden auch davon abhängt, wie sicher und wohl sich der Angehörige in der Institution fühlt, ist im Laufe der Zeit gestiegen. Hinzu kommt, dass sich das Tätigkeitsfeld in der stationären geriatrischen Pflege komplexer und anspruchsvoller gestaltet und daher auch dem Austausch mit Angehörigen eine bedeutendere Rolle zukommt. Die Zunahme der Demenzerkrankungen fordert schliesslich ebenfalls einen vermehrten Einbezug der Angehörigen in die zu fällenden Entscheidungen. Und in der Praxis ist ferner spürbar, dass die Angehörigen von heute informiert sein wollen, Mitsprache einfordern und ein deutlich höheres Anspruchsniveau haben als früher. Es ist ein offenes und kooperatives Miteinander gefragt, denn Angehörige haben in den letzten Jahren an Durchsetzungskraft und Stellung gewonnen.

Angehörigenarbeit musste demnach an Bedeutung gewinnen, und es wurden auf verschiedenen Ebenen bereits wichtige Massnahmen getroffen. So finden sich fast in allen Institutionen kaum noch Beschränkungen der Besuchszeit, es gibt Angehörigenabende oder spezielle Vorträge und

---

\* Bewohner und Angehörige gilt jeweils für beide Geschlechter

Anlässe für Angehörige. Über solche oder ähnlich konkrete Angebote hinaus geschieht Angehörigenarbeit im Alltag aber oftmals noch zufällig und eher situativ als geplant und standardisiert. Die Begegnungen sind häufig geprägt von gegenseitigen Vorurteilen, von Kontroversen und Missverständnissen bei gleichzeitig vorhandenen hohen Erwartungen an das jeweilige Gegenüber.

### *Die Belastung der Institution*

Im Zentrum des Auftrags der Institution steht die Pflege und Betreuung der Bewohner. Bei Eintritt bringt dieser jedoch sein soziales Umfeld in gewissem Masse mit. Die Angehörigen gehören zum eigentlichen Kunden, sie stellen unter Umständen zukünftige Kunden dar und tragen das Bild der Institution in die Öffentlichkeit. Den Angehörigen muss also trotz begrenzter Ressourcen ebenfalls Beachtung geschenkt werden. Wenn dies nicht geschieht, so zeigt es sich im Alltag, kann durch Eskalation einer Konfliktsituation die Betreuung der Angehörigen schliesslich mehr Aufwand erfordern als die Pflege des Bewohners. Die Mitarbeitenden sind dann oft überfordert und befinden sich schnell im Spannungsfeld zwischen der Erfüllung ihres Hauptauftrages und der Beruhigung und Begleitung der Angehörigen. Unzufriedenheit des Personals und Unzufriedenheit der Angehörigen sind oftmals die Folge solcher Situationen. Hier scheinen Konkurrenzprobleme oder auch ein Mangel an Wissen, Akzeptanz und Verständnis für die Situation des anderen eine entscheidende Rolle zu spielen.

### *Die Belastung der Angehörigen*

Trotz Reduktion der objektiven Belastung durch einen Heimeintritt scheint das subjektive Belastungserleben der Angehörigen unverändert. Entscheidend dafür ist die psychische Verarbeitung der einzelnen Person, wie sie die Situation bewertet, welche Motivation sie bewegt und welche Handlungsmöglichkeiten sie sieht. So bestimmen kognitive Bewertungsprozesse des eigenen Handelns die subjektive Belastung sehr wohl mit. Die Auseinandersetzung mit einer komplett neuen Lebenssituation erfordert hohe Anpassungsleistungen. In einer besonders exponierten Situation befinden sich die Töchter und Söhne der Pflegebedürftigen. Wenn nämlich kein Ehepartner mehr vorhanden ist, fällt die Betreuung in den allermeisten Fällen auf die nächste Generation zurück. Die Situation der Angehörigen birgt eine Menge an neuen Aufgaben und Herausforderungen, die individuell bewältigt werden müssen.

Auch wenn von Seiten der Institution eine Integration der Angehörigen angestrebt wird, gestaltet sich diese im Alltag nicht zuletzt auch durch gegebene Strukturen als schwierig. Angehörigenarbeit kann aber einen wichtigen Beitrag zum Wohlbefinden aller Beteiligten leisten. Ein differenzielles Angebot an Unterstützungsmassnahmen auf der Zeitachse von der Entscheidung zum Eintritt bis zum Todesfall, aus dem der Angehörige für sich selbst das Geeignete wählt, kann in dieser komplexen Situation für den Angehörigen hilfreich sein und in der Institution zur Konfliktvermeidung und besseren Integration der Angehörigen als Ressource beitragen.

Vor diesem Hintergrund wird in der vorliegenden Schrift ein Pilotprojekt beschrieben, dass sich zum Ziel gesetzt hat, ein Konzept zur Angehörigenarbeit zu erstellen, dieses in die Praxis umzusetzen und empirisch zu überprüfen.

Innerhalb weniger Wochen wurde in einem der Pflegezentren der Stadt Zürich mit einer interdisziplinären Projektgruppe ein Konzept mit verschiedenen Angeboten für die Angehörigen und Unterstützungsmassnahmen für die Mitarbeitenden erarbeitet und anschliessend in aufeinander aufbauenden Teilschritten in die Praxis umgesetzt. Charakteristisch für dieses Konzept ist in erster Linie, dass es beide Personengruppen, Angehörige und Mitarbeitende, integriert. Während für die Angehörigen niederschwellige, transparente Angebote auf verschiedenen Ebenen und in verschiedenen Bereichen eingeführt wurden, gab es für die Mitarbeitenden Fortbildungen und neue obligatorische Aufgaben und Strukturen, um die Zusammenarbeit mit Angehörigen zum Wohle der Bewohner zu optimieren. Es wurden auf beiden Seiten Ressourcen mobilisiert, um aktiv eine triadische Beziehungsdynamik zwischen Angehörigen, Mitarbeitenden und Bewohnern herzustellen. So wird Angehörigenarbeit in diesem Konzept verstanden als eine Form der Beziehungsarbeit, die von beiden Partnern ein gewisses Engagement einfordert. Mit steigender Lebenserwartung erhöht sich auch die Wahrscheinlichkeit für das Individuum, im Lebenslauf irgendwann in die Rolle des Angehörigen einer pflegebedürftigen Person zu kommen. In dieser Situation soll aus der hier vertretenen Perspektive das Heim nicht reduziert werden auf eine gesellschaftliche Institution, die dem Individuum die Bürde abnimmt. Andersherum sollen auch die Angehörigen aus institutioneller Sicht nicht nur als nützliche Informationspartner wahrgenommen werden. Im Gegenteil, Heim und Angehörige sollen beide beteiligt sein an einer aktiven Gestaltung dieser neuen Lebensphase.

Ganz bewusst wurde in dieser Arbeit auf eine direkte Integration der Bewohner in das Projekt und seine Überprüfung verzichtet. Dazu können verschiedene Gründe angeführt werden. Eine grosse Zahl der Bewohner leidet unter kognitiven Einschränkungen und wäre allein von daher mit dem Einbezug in das Projekt überfordert gewesen. Weiter waren Angehörige und Mitarbeitende die direkten Zielgruppen des Projekts, und so sollte ihnen auch der Vorrang in der Entwicklung und Überprüfung gegeben werden. Das Wohlbefinden der Bewohner war trotzdem die übergeordnete Zielsetzung des Projekts, und eine positive Wirkung darauf durch die Verbesserung der Situation von Angehörigen und Mitarbeitenden wurde vorausgesetzt. Wenn sich in der Beziehungstriade das Verhältnis zweier Partner konflikt- und spannungsfreier gestaltet, sollte dieses nicht zuletzt auch dem dritten Beziehungspartner zugute kommen.

So sollten Befragungen der Angehörigen und Mitarbeitenden vor und nach der Einführung des Konzepts Aufschluss über die Akzeptanz und mögliche Wirkungen geben. Es darf an dieser Stelle bereits vorweggenommen werden, dass durch diese Projektarbeit aus einer Begegnung mit Angehörigen eine Arbeit für und mit Angehörigen geworden ist.

## **2. Theoretischer Rahmen**

### **Fürsorge pflegebedürftiger alter Menschen als Belastung und Herausforderung**

Seinen Ursprung nahm das Projekt zur Angehörigenarbeit in der Beobachtung vieler belasteter Momente für Mitarbeitende und Angehörige in Pflegeinstitutionen. Immer wieder kommt es für beide Personengruppen zu schwierigen Situationen, in denen sie Beratung und Begleitung von Dritten in Anspruch nehmen müssten. Oftmals fehlt es aber in den Institutionen an diesen Unterstützungsangeboten. Diese Lücke in der geriatrischen Langzeitpflege soll mit diesem Pilotprojekt zumindest teilweise geschlossen werden. Es soll zum einen darum gehen, durch gewisse Angebote eine präventive Wirkung zu erzielen, sodass es weniger zu schwierigen Situationen kommt. Zum anderen soll in belasteten Situationen Hilfe und Unterstützung angeboten werden. In dem ersten theoretischen Teil der Arbeit wird zunächst der Begriff Belastung näher umrissen und eingegrenzt und mit Stresskonzepten in Verbindung gebracht. Im Anschluss daran werden Belastungen von Angehörigen und Mitarbeitenden in der Langzeitpflege genauer dargestellt. Das Kapitel endet mit den Konfliktfeldern zwischen diesen beiden Personengruppen und den Desideraten an ein Konzept zur Angehörigenarbeit, das in der Folge die Situation für Angehörige und Mitarbeitende gleichermaßen erleichtert.

### **2.1 Belastung – Begriffliche Erläuterung und Eingrenzung**

Zur Definition des Belastungsbegriffs muss Literatur aus verschiedenen Forschungstraditionen herangezogen werden. Eine zunächst einfache und eher oberflächliche Definition des Dudens (1989) versteht Belastung im Sinne der Last, die eine Person zu tragen hat oder die sie seelisch bedrückt. Belastung kann aber auch als Belastungssituation in Form einer Krise oder eines kritischen Lebensereignisses verstanden werden.

Auch wenn der Begriff in seinem Ursprung negativ assoziiert ist, darf nicht vergessen werden, dass Belastung auch Herausforderung und Chance bedeuten kann – wenn es möglich ist, in gelungener Art und Weise damit umzugehen. Gerade aus belastenden Ereignissen resultieren oftmals Entwicklungsschritte einer Person, von denen man nicht weiss, ob diese ohne das Ereignis in der Form möglich gewesen wären. Im Kontext der vorliegenden Arbeit lässt sich Belastung zum einen durch kritische Geschehnisse wie z.B. Krankheit oder Pflegebedürftigkeit vermuten. Andererseits steht Belastung hier auch in Spannung und Abgrenzung zu Begriffen wie Aufgaben, Pflicht, Bürde oder Verantwortung. Ob daraus Belastungen entstehen, und vor allem ob diese von den betroffenen Personen auch als solche wahrgenommen und eingestanden werden, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Dabei spielen personale und soziale Ressourcen eine bedeutende Rolle.

Der Begriff Belastung wird auf wissenschaftlicher Ebene ebenso mit Stress in Verbindung gebracht. So wird im deutschsprachigen Raum zwar mehrheitlich von Belastung der Angehörigen gesprochen, wobei bei genauer Betrachtung Stresskonzepte den theoretischen Hintergrund bil-



den. Möglicherweise ist der umgangssprachliche Stressbegriff im Sinne von Zeitdruck und Überlastung nicht treffend genug für die Situation der Angehörigen, so dass sich der Begriff der Belastung in diesem Feld deutlich mehr etabliert hat. Beim Pflegepersonal stellt sich die Situation differenzierter dar. Hier finden sich beide Begriffe in ähnlicher Bedeutung und Häufigkeit. Betrachtet man nun Belastung als eine Form von Stress, stehen verschiedene Stresskonzepte zur Verfügung.

## 2.2 Stresstheorien

Auch auf die Frage, was Stress denn eigentlich sei, steht einem wiederum keine eindeutige und allgemeine Antwort zur Verfügung. Eine eher allgemeine Definition von Stress geht davon aus, dass es sich dabei um eine Störung des biologischen, psychologischen und sozialen Funktionierens handelt, die durch belastende Lebensbedingungen erzeugt werden (Nitsch, 1981). Es lassen sich je nach theoretischer Perspektive verschiedene Stresskonzepte gegeneinander abgrenzen. Auch in der wissenschaftlichen Literatur finden sich begriffliche Differenzen und verschiedene Forschungstraditionen, die zum Teil sogar dazu führen, dass Stress widersprüchlich verwendet wird. Um sich einen Überblick zu verschaffen, werden Stresskonzepte meist danach kategorisiert, auf welche Komponente im Reiz-Reaktion-Schema sich die Definition von Stress bezieht (Dougall & Baum, 2001; Lazarus, 1999).

Einzug in die Wissenschaft hielt das Thema Stress ungefähr in den 50er Jahren mit Selye (1956), der die Stressforschung entscheidend mitbeeinflusste. Er beschrieb Stress als Zustand des Organismus, der sich durch eine Reihe bestimmter physiologischer Symptome ausdrückt und auch messen lässt. Reize, die eine solche Reaktion auszulösen vermochten, bezeichnete er als Stressoren. Stress ist von Selye definiert als eine Reaktion, die durch bestimmte physiologische Veränderungen näher bestimmt wird. Der in dieser Tradition vertretene biologisch orientierte Stressbegriff sollte zunächst nur zur Erklärung von Krankheiten dienen. Durch Laborexperimente gelang es, gewisse Zusammenhänge zwischen psychischen Belastungen und körperlichen Reaktionen nachzuweisen (Levi, 1981).

Eine andere, sich daraus entwickelnde Perspektive definiert Stress nicht als Reaktion auf etwas, sondern als Reiz. Hier werden alle objektiven Anforderungen als Stress definiert, die mit Bedrohung und Gefahr einhergehen. Die dann von der Person wahrgenommenen Anforderungen werden als „strain“ (Belastung/Beanspruchung) bezeichnet. Diese situationsbezogene Stressdefinition findet sich heute vor allem in den Arbeitswissenschaften und in der Life-Event-Forschung (Holmes & Rahe, 1967). Belastende Lebensereignisse wurden in einen kausalen Zusammenhang mit dem Auftreten einer Krankheit gestellt. Dieser Ansatz wurde in der Folge weiter entwickelt und um einen subjektiven Bedeutungsaspekt erweitert (z.B. Filipp, 1990).

Beide Definitionen sind eher begrenzt, denn sie lassen die Einschätzung der Person, die diese Situation betrifft, und deren Reaktionskapazität gewissermassen ausser Acht. Die situationsbezogene Definition unterstellt für alle Personen eine ähnliche Wirkung einer Stresssituation. Andererseits impliziert das reaktionsbezogene Stressverständnis, dass das als Stress bezeichnete Reak-

tionsschema in ähnlicher Form bei allen Reizen auftritt, die zuvor als Stressoren definiert wurden. In der Realität finden sich aber grosse interindividuelle Unterschiede im Erleben von Stress und Belastung. Ähnliche Situationen haben bei verschiedenen Personen unterschiedliche Auswirkungen. Das individuelle Muster der Stressreaktion variiert stark in Abhängigkeit von der Stresssituation und von der subjektiven Wahrnehmung der betroffenen Person.

In der Folge dieser Erkenntnisse entstand in den 70er Jahren die so genannte transaktionale Stressdefinition. Darin wird das Verhältnis von Situation und Person in den Mittelpunkt gestellt. Zu Stress kommt es demnach immer dann, wenn ein Ungleichgewicht zwischen den Anforderungen der Umwelt und den Reaktionsmöglichkeiten einer Person besteht. R. S. Lazarus (1981) postuliert Stress als Transaktion zwischen den Systemen Person und Umwelt. Es geht um eine dynamische Wechselwirkung zwischen der Person und ihrer Umgebung, die sich laufend gegenseitig beeinflussen und damit auch verändern. Die Erweiterung der beschriebenen Stressbegriffe um subjektive Wahrnehmungs- und Bewertungsprozesse machte den Einbezug zusätzlicher Variablen wie Persönlichkeit und soziales Umfeld nötig.

Nach diesem kurzen Überblick über die Entwicklung des Stressbegriffs soll zum besseren Verständnis auf theoretische Ansätze aus den verschiedenen fachlichen Traditionen eingegangen und zur Hauptthematik dieser Arbeit in Bezug gesetzt werden. Der Blick in die Praxis lässt sowohl bei Angehörigen als auch bei Mitarbeitenden Belastungen und Stress vermuten. Wie dieser zustande kommt und zu verstehen ist, soll mit den theoretischen Perspektiven näher beleuchtet werden.

### **2.2.1 Biologische Stresskonzepte**

Das biologische Stresskonzept zählt man zu den reaktionsorientierten Ansätzen der Stressforschung, es wird mit seinen komplexen physiologischen Vorgängen ausführlich von Nitsch (1981) dargestellt. Hier soll eine zusammenfassende Darstellung als Einblick in diese Perspektive reichen. Selye (1956) konzentrierte sich in seiner Stresstheorie auf organismische Prozesse. Der Akzent dieser Theorie liegt auf der neuro-physiologischen Wirkung objektiver Reize. Er definiert Stress als Reaktion des Organismus auf jede Anforderung, die sich in einem definierten Muster körperlicher Veränderungen manifestiert. Dieses spezifische Reaktionsmuster wird von ihm als allgemeines Adaptationssyndrom bezeichnet (AAS). Er postuliert, dass es unabhängig von der Qualität der auslösenden Reize ist. Die biologische Reaktion steht im Mittelpunkt seiner Theorie, wodurch diese Reaktion ausgelöst wird, ist hier zweitrangig.

In Laborexperimenten fand er erkennbare unspezifische Reaktionsmuster, die einem bestimmten zeitlichen Ablauf folgen. So werden drei Phasen unterschieden: 1. *Alarmreaktion*: Sie lässt sich als eine Reihe von biologischen und chemischen Veränderungen beschreiben. Es kommt dabei zur Ausschüttung der Nebennierenrindenhormone Adrenalin und Noradrenalin. Blutdruck und Herzfrequenz steigen, während gleichzeitig Verdauungs- und Reproduktionsfähigkeiten herabgesetzt werden. 2. *Widerstandsphase*: Bei fortdauernder Konfrontation mit dem Stressor mobilisiert der Organismus alle Abwehrkräfte und versucht mit allen Mitteln sich der Situation so gut wie mög-

lich anzupassen. 3. *Erschöpfungsphase*: Wenn die Stimulation mit dem aversiven Reiz nicht beendet wird, brechen Widerstand und alle Mechanismen zur Anpassung zusammen. Die in der Alarmphase beschriebenen Symptome bleiben bestehen und im Extremfall kommt es zum Kollaps des Organismus. Diese Befunde aus Tierversuchen wurden von Selye direkt auf den Menschen übertragen, weil seiner Meinung nach das Stressphänomen als ein ganz allgemeiner biologischer Mechanismus zu sehen ist.

Die Funktion der Stressreaktion liegt darin, die gestörte Homöostase wiederherzustellen. Der physiologische Stress kann durch eine der beiden folgenden Reaktionsformen gelöst werden: Entweder aktiv durch Kampf oder passiv durch Flucht und Erdulden. Diese Anpassungsleistungen oder Bewältigungsstrategien verleihen dem Menschen die Kompetenz, sich immer wieder an verschiedene auch ungünstige Umstände adaptieren zu können. Selye (1988) setzte Stress mit Belastung gleich, und unterscheidet in der Folge zwischen zwei Stressformen: Den positiven Stress nennt er „Eustress“ und den Negativen „Distress“. Wobei der letztere als unangenehm und belastend empfunden wird, während der Eustress eher mit positiven Gefühlen assoziiert ist und Motivation für menschliches Schaffen ist. Diese Unterscheidung macht deutlich, wie schon weiter oben erwähnt, dass eine ausschliesslich negative Wertung von Stress und Belastung ganz entscheidende, entwicklungsfördernde Aspekte ausser Acht lassen würde.

In der Weiterentwicklung musste sich diese Theorie der Kritik stellen, da sich die Befunde nur teilweise replizieren liessen (vgl. Laux, 1983). Die beschriebenen und erwarteten Reaktionsmuster variierten auch bei ähnlichem physikalischem Reiz. So müssen im Stressgeschehen auch Verarbeitungs- und Bewertungsprozesse und psychische Einflüsse berücksichtigt werden. Trotzdem ist es der Verdienst dieser Theorie, die bei Stress ablaufenden physiologischen Prozesse und seine schädlichen Auswirkungen auf den Organismus beschrieben zu haben.

In dem Sinn ruft diese theoretische Perspektive in den Bereichen, wo tatsächlich Belastung zu vermuten ist, zum Handeln auf. Wenn Angehörige und Mitarbeitende sich wie vielfach beschrieben, in belastenden Situationen befinden, sollte nach Erkenntnis von Selye und damit aus gesundheitspsychologischen Gesichtspunkten etwas zur Belastungsreduktion der beiden Personengruppen getan werden, um mögliche Folgeschäden abzuwenden. Die Belastungen von Angehörigen und Mitarbeitenden weisen sicher einige kritische Momente, wie den Eintritt ins Heim oder einen Todesfall auf, die besondere Herausforderung liegt aber wohl auch darin, dass es häufig lange andauernde Situationen sind, die sich nicht wesentlich beeinflussen oder verändern lassen. Um gesundheitlichen Schäden vorzubeugen sind Anpassungsleistungen notwendig, die durch ein Projekt wie dieses Unterstützung erfahren sollen.

### **2.2.2 Life-Event Ansätze**

Bei den Life-Event-Ansätzen geht es darum, schädliche Belastungen und ihre Folgen aus der Umwelt zu identifizieren. Es besteht die Annahme, dass alle Menschen im Lebensverlauf grösseren Ereignissen ausgesetzt sind, die sie vor die Aufgabe stellen, sich an die neue Situation anzu-

passen. Die menschliche Entwicklung ist eine Abfolge von stabilen und instabilen Phasen. Übergänge in der Biografie (z.B. Pubertät, Schuleintritt) können unauffällig geschehen, haben aber das Potential zu kritischen Lebensereignissen. Die erfordernten Anpassungsleistungen durch ein kritisches Lebensereignis wie z.B. Heirat oder Tod eines Angehörigen können sich potenziell negativ auf die Person auswirken. Kritische Lebensereignisse werden aber unabhängig davon, ob sie positiv oder negativ sind, als relevant für das Stresserleben angesehen (Holmes & Rahe, 1967). In der Weiterentwicklung dieses Ansatzes werden, über die Anpassungsleistung hinaus, auch Aspekte wie Kontrollierbarkeit eines Ereignisses, Erwünschtheit oder Bedrohungsgrad als ebenso wichtig für das Erleben von Stress eingestuft (Perrez & Reicherts, 1992). Andere Vertreter gehen davon aus, dass es weniger die grossen kritischen Lebensereignisse sind als die kleinen Ärgernisse des Alltags, die zu Stresserleben mit negativen Folgen führen. Die objektive Bewertung und Beurteilung bestimmter Lebensereignisse als negativ und die Annahme, dass es eine additive Wirkung der belastenden Geschehnisse gibt, mussten sich der Kritik stellen, was in der Konsequenz wohl mit dazu geführt haben mag, dass die subjektive Bedeutungskomponente bestimmter Lebensereignisse in der weiteren Entwicklung dieses Ansatzes an Bedeutung gewonnen hat.

In Bezug auf die in dieser Arbeit im Vordergrund stehende Personengruppe der Angehörigen ist der Beginn der Pflegebedürftigkeit einer Person sicher als kritisches Lebensereignis zu werten, das in der Konsequenz möglicherweise als Belastung erlebt wird. Genauso ist vor dem Hintergrund dieses Ansatzes vorstellbar, dass die täglichen kleinen Auseinandersetzungen mit immer neu auftauchenden pflegerischen Problemen für die Angehörigen mit Schwierigkeiten verbunden sind. Dasselbe könnte auch für die Mitarbeitenden von Pflegeinstitutionen geltend gemacht werden. Fortwährend wieder an ähnliche Grenzen der Machbarkeit zu stossen, eigenen Ansprüche aufgrund äusserer Rahmenbedingungen nicht gerecht werden zu können, sind zusätzliche Probleme zum eigentlichen Arbeitsanfall, die sich als besondere Herausforderungen mit Belastungspotential einstufen lassen.

### 2.2.3 Soziologische Stresskonzepte

Soziologische Ansätze haben ein reizorientiertes Verständnis von Stress. Sie betonen die gesellschaftlichen und sozialstrukturellen Hintergründe von Belastungssituationen. An dieser Stelle soll der Ansatz von Pearlin als einer von verschiedenen soziologischen Ansätzen exemplarisch dargestellt werden. Demografische Variablen wie beispielsweise Alter, Geschlecht oder Familienstatus und soziale Strukturen determinieren nach diesem Verständnis den Stressprozess (Pearlin, 1989). Dabei wird davon ausgegangen, dass die Verfügbarkeit von Ressourcen, auf die in der belasteten Situation zurückgegriffen werden kann, von diesen Faktoren abhängig ist. Stress wird als sozialer Prozess mit den drei folgenden Bereichen konzipiert. Zunächst gibt es *Ursprünge von Stress*, die vor allem in sozialen Bedingungen gesehen werden. Lebensereignisse und chronische Belastungen stehen hier als Quellen im Vordergrund. *Mediatoren* wie Bewältigungsverhalten und soziale Unterstützung vermitteln die Wirkung von Stress auf die Person. Eine *Manifestation* von Stress

zeigt sich schliesslich in Gefühlen, Verhalten, körperlichen und psychischen Symptomen. Im Gegensatz zu den oben skizzierten Life-Event-Ansätzen stehen hier weniger die Lebensereignisse als die Rollenbelastungen (role strains) im Zentrum. Diese Form der Belastung bezieht sich auf die Mühe, die Herausforderung und die Konflikte oder andere Probleme, die Menschen in normalen sozialen Rollen über die Zeit erfahren (Pearlin, 1983). Er unterscheidet 6 Arten von Rollenbelastungen: Zunächst gibt es Belastungen, die sich auf die Aufgaben beziehen, die in einer Rolle erfüllt werden müssen, wie beispielsweise die Überforderung in einer beruflichen Tätigkeit. Es gibt aber auch Belastungen, die sich aus interpersonalen Konflikten innerhalb der Rolle ergeben, vorstellbar als Konflikte in einer Ehe oder Konflikt mit den Kindern in der Elternrolle. Wenn man mehrere soziale Rollen bekleidet, können daraus ebenfalls Belastungen und intrapersonale Konflikte entstehen, denkbar beispielsweise als ein Konflikt zwischen den Anforderungen im Beruf und den Anforderungen der Rolle als Mutter/Vater. Belastungen sind ebenso vorstellbar durch eine Rolle, die unerwünscht ist und in die man sich hineingezwungen fühlt, so wie die Rolle als Hausfrau oder Rentner. Der Verlust oder der Zugewinn von sozialen Rollen (z.B. durch im frühen Erwachsenenalter entstehende neue Rollen in Beruf und Familie oder den Verlust von Rollen im späten Erwachsenenalter) ist möglicherweise auch mit Belastungen verbunden. Wenn sich dann schliesslich Rollen verändern und umstrukturiert werden müssen, so wie es in der Rolle als Eltern der Fall ist, wenn die Kinder erwachsen werden oder aber auch als erwachsene Kinder, wenn die Eltern pflegebedürftig werden, dann kann noch einmal eine Belastung daraus hervorgehen.

Die Belastungen der Rolle ergeben sich daraus, dass diese dauerhaft die Lebensbedingungen von Menschen beeinflussen und Veränderungen über eine längere Zeitperiode hinweg verlangen. Sie berühren das Selbstkonzept und können dadurch negative Wirkungen auf die Person haben. Die Mediatoren zwischen Stressbedingungen und der Manifestation von Stress sind nach Pearlin (1989) Konzepte wie Kontrolle und Selbstachtung. Gehören diese als stabile Merkmale zur Persönlichkeit, sind sie gleichsam auch Ressourcen zur Bewältigung der Belastung.

Setzt man dieses Konzept in Verbindung zu den Angehörigen und Mitarbeitenden, so lassen sich verschiedene Rollenbelastungen ableiten. Für die Mitarbeitenden könnten beispielsweise Belastungen aus den Aufgaben, die zu ihrer Rolle im Beruf gehören, entstehen. Nicht selten spricht man im Kontext von Pflegeberufen von Überlastung, Überforderung bis hin zu Burnout (siehe auch Kapitel 2.5.1). Für einen Teil des meist weiblichen Personals mag auch die Doppelrolle in Beruf und Familie eine besondere Anforderung darstellen, die sich letztlich belastend auswirken kann.

Angehörigen erleben möglicherweise einerseits Belastung dadurch, dass sie als Person in eine Rolle hineingezwängt werden, die sich nicht selbst gewählt haben. Wer erkennt sich schon gern als Partner oder Kind eines pflegebedürftigen Menschen? Zum anderen birgt auch die Umstrukturierung der bisher gelebten Rolle ein Belastungspotenzial. Die Veränderung der Kinderrolle als Erwachsene durch die Pflegebedürftigkeit eines alten Elternteils wird von vielen Betroffenen gerade auch zu Beginn als schwierig erlebt und beschrieben (siehe auch Kapitel 2.4.1.1).

Um als Institution eine belastungsreduzierende oder zumindest eindämmende Intervention anzubieten, ist es wichtig, sich dieser möglichen Rollenbelastungen der beiden Personengruppen bewusst zu werden und Unterstützung im Umgang mit Rollenveränderungen und Anforderungen, die daraus entstehen, anzubieten. Damit könnte nicht zuletzt auch die Möglichkeit eröffnet werden, erlebte Belastung in eine Entwicklungschance umzuwandeln.

Nach dieser zusammenfassenden Darstellung eines soziologischen Stresskonzepts wird das Thema im nächsten Kapitel aus einer psychologischen Perspektive beleuchtet.

#### **2.2.4 Psychologische Stresskonzepte**

Auch in der Psychologie finden sich verschiedene theoretische Modelle und Ansätze zum Thema Stress. Es soll hier die transaktionale Stresstheorie von Lazarus (1999) näher betrachtet werden, weil sie bisher wohl der prominenteste Ansatz in der Psychologie ist. Die heute dominierende transaktionsorientierte Definition von Stress folgt den Überlegungen von Lazarus (Lazarus & Folkman, 1984), nach denen die Qualität eines potentiellen Stressors Ergebnis eines Beurteilungsprozesses ist. Die Theorie erklärt, individuelle Unterschiede in der Stressreaktion.

Stress wird zunächst als ein Ungleichgewicht gesehen, das zwischen äusseren und inneren Anforderungen an die Anpassungsfähigkeit des Individuums entsteht. Dieses Ungleichgewicht erscheint so gross, dass die Situation nicht ohne Probleme bewältigt werden kann. Entscheidend in dieser Theorie ist, dass Anforderungen und Anpassungsressourcen sich in einem laufend verändernden Verhältnis zwischen Person und Umwelt bewegen.

Durch diese gegenseitige Beeinflussung können sich die Variablen in der Folge verändern oder sogar ganz verschwinden. Entscheidender Auslöser für eine Stressreaktion und damit Kernstück seiner Theorie ist die Konzeptualisierung der beteiligten kognitiven Prozesse. Erst die subjektive Bewertung einer Person entscheidet, ob ein Ereignis als belastend erlebt wird oder nicht. Lazarus postuliert, dass diese kognitiven Prozesse die Reaktion auf einen Stressor determinieren. Er versucht damit zu erklären, warum Menschen auf objektiv vergleichbare Reize oder Situationen unterschiedlich reagieren.

Er beginnt in seinem Modell (siehe Abbildung 1) mit einem Ereignis, das zunächst von einer Person wahrgenommen werden muss. Ist sich diese Person des Ereignisses bewusst, beginnt das "primary appraisal", die Ersteinschätzung. Die Situation oder das Ereignis wird nach dem Grad der Bedrohung eingeschätzt. Es wird beurteilt, ob das Ereignis irrelevant, positiv oder potenziell belastend sein könnte, das heisst, ob es Anforderungen stellt, "die in der Einschätzung der betroffenen Person interne oder externe Ressourcen auf die Probe stellen oder überschreiten" (Lazarus, 1981, S. 213). Sollte das Ereignis als belastend eingestuft werden, sieht Lazarus drei Möglichkeiten: Es handelt sich um eine in der Vergangenheit liegende Schädigung bzw. einen Verlust, um eine in der Zukunft liegende Bedrohung oder um eine Herausforderung. Jede Beurteilungsmöglichkeit ruft unter Umständen andere Verhaltensweisen hervor. Liegt am Ende dieser Ersteinschätzung eine klare Bewertung vor, beginnt das "secondary appraisal", die Phase, in der die

Person die eigenen Ressourcen für das Handeln in der betreffenden Situation abschätzt. Sie wird die eigenen Kompetenzen und Unterstützungsangebote im Hinblick darauf prüfen, welche Handlungsmöglichkeiten es für sie in dieser Situation gibt. Es werden Reaktionsalternativen gegeneinander abgewogen, nach ihrer Angemessenheit und den zu erwartenden Konsequenzen geprüft, und die Entscheidung für eine geeignete Bewältigung wird gefällt.

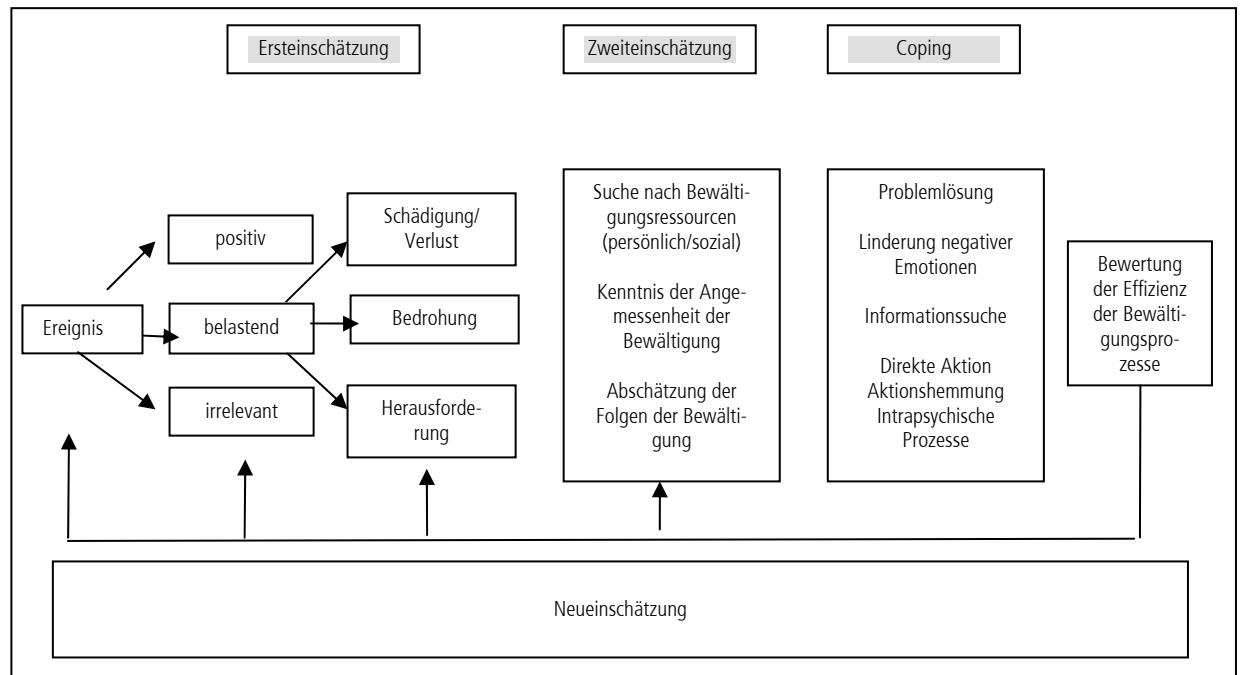


Abb.1: Stressmodell nach Lazarus

Die Bewältigungsprozesse selbst unterteilt Lazarus in Handlungen, die das Problem direkt angehen und in Formen zur Linderung negativer Emotionen. Konkrete Beispiele sind die Suche von Informationen, die direkte Handlung, die Unterdrückung eines Handlungsimpulses und schliesslich die Vielfalt der intrapsychischen Bewältigung. Diese kann von der Intellektualisierung bis hin zur Leugnung gehen (siehe auch Kapitel 2.3.1). Zum Abschluss folgt eine Bewertung darüber, ob das Ereignis ganz oder teilweise bewältigt ist. Unabhängig davon, wie diese Einschätzung ausfällt, stellt das Individuum vor ein neues Ereignis, das es wieder neu einzuschätzen gilt. Die permanente Neueinschätzung während des ganzen Prozesses ist aus der transaktionalen Sicht von besonderer Wichtigkeit. Je nachdem, ob bestimmte Bewältigungsformen in ausreichendem Masse zur Verfügung stehen oder nicht, kann das Ereignis z.B. entweder als Herausforderung oder als Bedrohung eingeschätzt werden. Auch wenn die Emotionsregulation als nicht ausreichend eingestuft wird, muss nach anderen Bewältigungsformen gesucht werden. Damit grenzen sich Lazarus und Mitarbeiter von anderen Ansätzen ab, die Bewältigungsstile und Bewältigungsdispositionen in den Vordergrund stellen. Die Bewältigung von Belastung wird als prozesshaft angenommen und verstanden (Lazarus, 1981).

Zusammenfassend lässt sich nach diesem Modell festhalten, dass je besser sich eine Person auf ein bestimmtes Ereignis vorbereiten kann, je mehr Bewältigungsformen ihr für dieses spezifische Ereignis zur Verfügung stehen, je mehr sie auf Unterstützung von aussen zählen kann, desto mehr Bewältigungsressourcen wird sie zur Verfügung haben, und desto grösser ist damit die Chance, das Ereignis erfolgreich zu bewältigen.

In der Anwendung dieses Modells auf die Situation der Angehörigen und Mitarbeitenden wird man wohl zunächst mit der Komplexität des Sachverhalts konfrontiert. Der individuelle Beurteilungsprozess jedes Individuums und auch das interindividuelle unterschiedliche Potential an Ressourcen macht eine differenzierte Ableitung von möglichen Belastungen der beiden Personengruppen deutlich schwieriger, als dies bei den Rollenbelastungen von Pearlin (1989) der Fall ist. In der Quintessenz gibt das Modell einen Einblick in die Komplexität der Entstehung und Bewältigung von Belastung und ruft vielmehr dazu auf, die individuelle Einschätzung und die gewählte Bewältigungsstrategie einer Person als gegeben und valide anzuerkennen. So können Personen zu dem Schluss kommen, dass ihre Situation als Angehörige keine Belastung darstellt, während andere sie als unerträglich belastend empfinden. Analog gilt dieses selbstverständlich auch für die professionell Pflegenden.

Trotzdem gibt es aus institutioneller Perspektive Ansatzmöglichkeiten, um zu versuchen, die letztlich entstehende Belastung zu minimieren, auch wenn die abschliessende Beurteilung ohne Zweifel immer dem Individuum obliegt. Ein wichtiger Punkt ist beispielsweise die Vorbereitung auf ein Ereignis. Gute und transparente Informationen über mögliche und absehbare Veränderungen geben die Chance, sich antizipatorisch mit möglichen Belastungen auseinanderzusetzen. Ebenso könnte Unterstützung von aussen so angeboten werden, dass jede Person selbst entscheiden kann, ob und in welcher Form sie davon Gebrauch machen will.

Bevor zu einem späteren Zeitpunkt auf Möglichkeiten einer guten Angehörigenarbeit eingegangen wird (siehe Kapitel 2.8), folgt jetzt ein kurzer Einblick in die Bewältigung von Belastung und Stress.

## **2.3 Die Bewältigung von Stress oder Belastung**

Unter Stressbewältigung versteht man im Allgemeinen eine Auseinandersetzung einer Person mit einer belastenden Situation oder einem Ereignis. In der Literatur kann keine Übereinstimmung der Bewältigungsbegriffe gefunden werden, mit dem das Verhalten bezeichnet werden könnte, das eine Person einsetzt, um die negativen Auswirkungen von Belastungssituationen zu minimieren (z. B. wenn ein Familienmitglied in ein Heim gegeben werden muss). Trotz unterschiedlicher sprachlicher Herkunft werden Bewältigung und Coping mehr oder weniger synonym gebraucht. Coping beschreibt, wie Menschen mit bestimmten Situationen fertig werden. Im Wörterbuch finden sich unter dem Begriff "to cope" die Bedeutungen: gewachsen sein, fertig werden (mit), bewältigen, meistern und die Lage meistern, zu Rande kommen, es schaffen.



Coping hat seine historischen Wurzeln wohl bereits in der psychoanalytischen Theorie der Abwehrmechanismen und später dann in der Stressforschung, wobei es dort zu Beginn eher vernachlässigt blieb.

Der Begriff der Abwehr wurde entscheidend von Anna Freud (1936) geprägt. Abwehrmechanismen sind in diesem Sinne Leistungen des Ichs, um innerpsychischen Konflikten bzw. bedrohlichen Situationen auszuweichen. Es werden verschiedene klassische Abwehrmechanismen beschrieben, die längst Eingang in die Alltagssprache gefunden haben. So sind beispielsweise Verdrängung oder Sublimierung gebräuchliche Begriffe der Umgangssprache geworden, wenn auch vielleicht nicht jedem wirklich klar ist, was darunter zu verstehen ist. Das Verhältnis von Abwehr und Bewältigung wird von verschiedenen Autoren unterschiedlich diskutiert. Beutel (1988a) grenzt Abwehr von Coping ab, indem er davon ausgeht, dass Abwehr unter hoher Beanspruchung angewandt wird, wenn gegenwärtige Gefahr und Angst im Vordergrund stehen. Coping dagegen umfasst ein adaptives Moment, dem Verhaltensänderungen zugrunde liegen. Haan (1965, 1977) geht noch einen Schritt weiter und unterscheidet Copingprozesse, Abwehrprozesse und Fragmentierungsprozesse. Coping sieht sie ähnlich wie Lazarus als zielgerichtet und flexibel, Abwehr als zwanghafte und rigide Reaktionsform und Fragmentierung als automatisierte, irrationale Prozesse, die als pathologisch betrachtet werden müssen. Sie geht davon aus, dass diese verschiedenen Prozesse für eine Person je nachdem nützlich und sinnvoll sein können. So wird ein Individuum bewältigen, wenn es kann; es wird abwehren, wenn es muss und fragmentieren, wenn es gezwungen ist. Was auch immer eine Person tut, sie wird es zum Erhalt des Ichs tun (Haan, 1977). Auch Kächele & Steffens (1988) sehen Bewältigung und Abwehr als gleichzeitige Prozesse. Abwehr und Bewältigung dienen prinzipiell dem gleichen Ziel, nämlich affektive und kognitive Prozesse zu regulieren und Belastung zu reduzieren. Eine genauere Abgrenzung der beiden Konzepte scheint nur theoretisch machbar.

Wenn von Coping gesprochen wird, geht es also darum, dass jemand mit einer Aufgabe zurecht kommt, dass er sie zu lösen, zu meistern oder zu bewältigen versucht. Dazu gehören sowohl Massnahmen oder Anstrengungen, die zum Erfolg führen, als auch solche, die sich rückblickend als ungeeignet erweisen (Muthny, 1990). Bewältigung muss immer dann geleistet werden, wenn eine Diskrepanz zwischen Anforderungen und eigenen Reaktionskapazitäten wahrgenommen wird und einfache Anpassung mittels automatisierter Reaktionen nicht ausreicht. Lazarus und Folkman (1984) differenzieren klar zwischen Coping als zweckgerichtete Reaktion auf Stress und Bewältigung als automatisiertes adaptives Verhalten. Coping sind ihrer Definition nach die sich ständig verändernden kognitiven und verhaltensmässigen Bemühungen einer Person, mit den spezifischen externen und/oder internen Anforderungen fertig zu werden, die so eingeschätzt werden, dass sie ihre eigenen Ressourcen beanspruchen oder übersteigen (Lazarus & Folkman, 1984). Coping ist ein unverzichtbarer Teil des Stressprozesses, weil es in Bezug auf mögliche gesundheitliche Folgen von Stress eine zentrale Rolle einnimmt. Es wird davon ausgegangen, dass psychische Belastungen erst dann wirklich gesundheitsschädigend sind, wenn sie nicht richtig verarbeitet und bewältigt werden.

Lazarus spricht in seiner Definition von Bemühungen und weist damit deutlich darauf hin, dass es sich hier nicht um automatisierte Reaktionen auf Stressreize handelt, sondern dass Coping mit einer aktiven Auseinandersetzung bis hin zur Anstrengung einhergeht, wobei entschieden werden muss, was getan werden soll. Diese Form der Bemühungen können sowohl auf der Verhaltens-ebene als auch emotional kognitiv, also intrapsychisch ablaufen. Damit kann beispielsweise die kognitive Umstrukturierung eines Ereignisses bereits eine Form der Bewältigung sein. Da Anforderungen und Einschätzung in einer dynamischen Wechselwirkung zueinander stehen, bleibt auch die Bewältigung einem ständigen Wandel unterworfen, und die Autoren betonen damit die Prozessorientierung des Konzepts im Gegensatz zu persönlichkeitsorientierten Trait-Konzepten. Lazarus et al. (1984) unterscheiden im Coping Prozess drei verschiedene Stufen. In der Antizipationsphase finden kognitive Bewertungen des zukünftigen Geschehens statt. Dazu gehören sowohl Fragen danach, ob ein Ereignis eintreten wird und wenn ja, wann (primary appraisal), als auch die Frage nach der Kontrollierbarkeit und den Möglichkeiten der Bewältigung (secondary appraisal). Daran schliesst sich die Konfrontationsphase an, in der das Individuum das Ereignis in seiner Bedeutung bewertet und mit den Ergebnissen der Antizipationsphase vergleicht. Das hat unter Umständen eine Neueinschätzung der Situation zur Folge. Und schliesslich folgt die Postkonfrontationsphase, in der sich die Person vor neuen Aufgaben sieht, denen sie sich stellen muss.

Grundsätzlich haben alle Bewältigungsversuche das Ziel, emotionale Belastung zu reduzieren. Ein kritischer Punkt der Bewältigungsprozesse, so wie Lazarus sie sieht, ist die empirische Überprüfung dieser Zielsetzung. Sie muss wohl letztlich der betroffenen Person in ihrer Selbsteinschätzung überlassen bleiben. Trotzdem liegt hier ein anspruchsvolles theoretisches Konzept vor, das dem vielschichtigen Copingverhalten gerecht zu werden versucht. Auch wenn es der Empirie im Detail bis heute nicht zugänglich ist, gibt es doch einen Einblick in mögliche intrapersonale Prozesse, die auch für den Umgang mit belasteten Personen hilfreich sein können.

### **2.3.1 Klassifikationen von Bewältigungsstrategien**

Der Einblick in das Thema Bewältigung lässt die Frage nach möglichen Bewältigungsstrategien offen. Diesen soll im folgenden Abschnitt nachgegangen werden. Es finden sich je nach Stress-theorie sehr viele unterschiedliche Klassifikationssysteme von Bewältigungsstrategien. In Analogie zu den dargestellten Theorien sollen hier ebenfalls nur die für diese Arbeit wichtigsten erwähnt werden.

Selye (1956) differenziert zwei Möglichkeiten um die gestörte Homöostase wiederherzustellen und den physiologischen Stress zu lösen. Eine aktive Begegnungsform ist der Kampf, und die Flucht oder das Erdulden sind passive Reaktionsformen auf erlebten Stress.

Lazarus hingegen unterscheidet zwischen problem- und emotionsorientiertem Coping (Lazarus & Launier, 1978). Das problemorientierte oder instrumentelle Coping hat die Verbesserung einer Situation zum Ziel. Diese Bewältigungsversuche richten sich an den eigentlichen Stressor, der zu ei-

ner Belastung geführt hat. Eine Person, die diese Art von Bewältigung wählt, wird versuchen, das eigentliche Problem zu verändern oder zu beeinflussen. Während es bei dem emotionsorientiertem oder palliativen Coping um die Selbstregulation von negativen Emotionen geht. Diese Copingversuche haben den Umgang mit den ausgelösten negativen und eine Person überrollenden Emotionen zum Ziel.

Für beide Funktionen werden dann noch einmal vier Formen der Bewältigung unterschieden (Lazarus, 1981; siehe auch Abbildung 1). Da nennt er zunächst die *Informationssuche*, um gegebenenfalls ein Problem lösen zu können. Dann besteht die Möglichkeit zu *direkten Aktionen*, die zur Problemlösung beitragen oder aber zu *Aktionshemmung*, womit gemeint ist, spontane Handlungsimpulse zu unterdrücken. Und schliesslich kann auf *intrapsychische Bewältigungsversuche* wie Leugnen oder die bereits erwähnte kognitive Umstrukturierung, mit der ein Problem möglicherweise umgedeutet wird, zurückgegriffen werden.

Pearlin (1989) hingegen sieht in seiner Theorie drei Arten von Copingmöglichkeiten mit verschiedenen Ansatzpunkten vor. Es besteht die Möglichkeit am Reiz, an seiner Einschätzung oder an der Reaktion auf den Reiz anzusetzen. Eine Person hat so zum einen die Möglichkeit, die Situation zu beeinflussen oder zu verändern. Zum anderen kann sie die Bedeutung einer für sie belastenden Situation verändern, also den eigenen Bewertungsprozess noch einmal überarbeiten. Oder aber sie beeinflusst die Stresssymptome selbst.

Das Bewältigungsverhalten des Menschen liesse sich sicher auch noch auf andere Arten klassifizieren. Aber jede Klassifikation ist doch eine theoretisch vorgenommene Trennung verschiedener Verhaltensweisen, die sich möglicherweise in der Realität gar nicht so genau gegeneinander abgrenzen lassen. Deshalb ist es von besonderer Wichtigkeit, noch einmal zu betonen, dass es dabei nicht um eine Bewertung der verschiedenen Strategien gehen darf. Ob eine gewählte Strategie letztlich erfolgreich war, kann nur die Person beurteilen, die sie gewählt und angewendet hat. Im Umgang mit belasteten Personen kann das Wissen um die verschiedenen Bewältigungsstrategien und ihre Bedeutung für die jeweilige Person aber durchaus hilfreich und unterstützend sein.

Unabhängig davon, welchem Stresskonzept man folgt und welche Klassifikationen von Bewältigungsstrategien nun angenommen werden, ganz unverzichtbar sind in diesem Zusammenhang die Ressourcen, die einer Person in der eigenen Persönlichkeit und in ihrem sozialen Umfeld zur Verfügung stehen. Auf diese wird im nächsten Abschnitt eingegangen.

### **2.3.2 Bewältigungsressourcen**

Ressourcen zur Bewältigung von Belastungen sind ebenfalls Moderatorvariablen zwischen Belastung und Krankheit. Je mehr Ressourcen einer Person zur Verfügung stehen, umso geringer ist die Gefahr von gesundheitlichen Schäden infolge von Belastungen. Ganz grob lassen sich dabei soziale, materielle und personale Ressourcen voneinander unterscheiden.

### *Soziale Ressourcen*

Bei den sozialen Ressourcen handelt es sich in erster Linie um soziale Beziehungen und deren Qualität und die soziale Unterstützung. Soziale Unterstützung stellt grundsätzlich kein einheitliches Konzept dar, sondern ist ein Sammelbegriff für eine Vielzahl von Phänomenen in verschiedenen Kontexten. Sie wurde schon immer als ein wichtiger Bestandteil von sozialen Beziehungen gesehen und war und ist für verschiedene Disziplinen von Interesse. Zunächst ist der Begriff des sozialen Netzwerks von dem Begriff der sozialen Unterstützung abzugrenzen (vgl. Roehrle 1994). Eine weitere Trennung kann zwischen der Wahrnehmung, dass andere grundsätzlich im Notfall zur Verfügung stehen, der Wahrnehmung, ob man von spezifischen Personen Hilfe erwarten könnte, und der eigentlichen Unterstützungshandlung vorgenommen werden (Pierce, Sarason, Sarason, Joseph & Henderson, 1996).

Ein Untersuchungsschwerpunkt besteht vor allen Dingen darin, herauszufinden, welche Auswirkungen soziale Unterstützung auf die Gesundheit und das Wohlbefinden haben kann (s. dazu auch Cobb, 1976). Einige Untersuchungen zeigen, dass soziale Unterstützung einen so genannten Puffereffekt auf das Stresserleben in Belastungssituationen hat. Positive Auswirkungen auf Depressivität (Roehrle, 1994), auf das Befinden von Geschiedenen (Hughs, 1988) und pflegenden Angehörigen (Pillemer & Sutor, 1996) konnten nachgewiesen werden. Soziale Unterstützung scheint in der Generation der Alten ein guter Prädiktor der Mortalität zu sein (Schoenbach, 1986, zitiert nach Davison & Neale, 1998). Es soll an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass das Wissen um die Bedeutung und Wirkung von sozialer Unterstützung deutlich macht, dass gerade die Gruppe der alten, pflegebedürftigen und abhängigen Personen diesbezüglich besonders bedürftig ist und von daher die Angehörigen und deren Einbezug für sie eine immense Bedeutung haben kann. So beeinflussen Beziehungen mit emotionaler Nähe, Intimität und Konfliktfreiheit die Bewältigung von Belastung positiv. Auch die Bedeutung der sozialen Umwelt für die Lösung von Problemen ist mehrfach nachgewiesen worden (z.B. Weitkunat, Haisch & Kessler, 1997). Dabei gehören zum sozialen Netzwerk einer Person nicht ausschliesslich Familienmitglieder, sondern ebenso Freunde, Bekannte und auch Professionelle.

Eine eindeutige Definition der sozialen Unterstützungsleistungen ist aufgrund der Breite des Spektrums nur schwer zu formulieren. Vaux (1988) schreibt dem sozialen Stützsystem einer Person unter anderem die Funktionen von Information, Aufrechterhaltung der Identität und direkte, instrumentelle Hilfe zu. Veiel (1985, zitiert in Klusman, 1986) hat eine Vielzahl unterschiedlicher Definitionen dieses Konzeptes zusammengefasst und trifft die Unterscheidung wie folgt: Soziale Unterstützung setzt sich zusammen aus *psychischer* und *instrumenteller* Unterstützung, wobei die psychische Unterstützung aus einer emotionalen und einer kognitiven Komponente besteht, und die instrumentelle Unterstützung eine informationelle und eine materielle Komponente beinhaltet.

*Emotionale* Unterstützung meint in erster Linie Zuneigung, Wärme, Trost und Ermutigung. Rat, Feedback oder Orientierung bei Entscheidungen und Problemen gehören zur *kognitiven* Komponente. *Materielle* Hilfe ist alles, was einen unmittelbar praktischen Nutzen hat, wie finanzielle Hilfe oder Kinder beaufsichtigen. Hilfe bei der Arbeitssuche oder das Herstellen von Kontakten kön-

nen unter dem Begriff der *informationellen* Hilfe zusammengefasst werden. Auch Pfingstmann und Baumann (1987) halten eine Unterscheidung von praktischer (praktische, informationelle und finanzielle Hilfen) und emotionaler Unterstützung für sinnvoll.

Eine Pflegeinstitution hat hier die Möglichkeit, auf mehreren Ebenen anzusetzen. Es können Gelegenheiten zur Entwicklung von Kontakten, z.B. durch Einrichtung von Selbsthilfegruppen, geschaffen oder sonstige gruppenstiftende Aktionen angeboten werden. Weitere soziale Unterstützungsleistungen für Angehörige sind sowohl auf emotionaler Ebene in Form von Zuwendung und Trost, aber auch auf kognitiver Ebene im Sinne von Feedback und Hilfe bei Entscheidungen denkbar. Das Gleiche ist auch für Mitarbeitende vorstellbar. Neben der Arbeit Möglichkeit für soziale und persönliche Begegnungen, aber auch Wertschätzung und Zuwendung in Problemsituationen können helfen, belastete Situationen zu entflechten oder zumindest erträglicher zu machen.

### *Personale Ressourcen*

Zu den personalen Ressourcen zählen in erster Linie Kompetenzen und Fähigkeiten einer Person. Es handelt sich dabei um überdauernde Fähigkeiten als Copingressource. Dazu gehört zunächst die soziale Kompetenz, die in engem Zusammenhang mit dem sozialen Stützsystem zu sehen ist. Wer selbst gut mit anderen Menschen umgehen kann, kann auch eher von ihnen Hilfe und Unterstützung erwarten. Dann gibt es weiter die intellektuellen Fähigkeiten wie Kreativität oder Problemlösefähigkeit, die bei der Bewältigung von schwierigen Situationen hilfreich sein können. Hinzu kommen Kontrollüberzeugungen (Rotter 1966; 1975) und Aspekte der Selbstwirksamkeit (Bandura, 1977, 1995) deren Bedeutung für das Bewältigungsverhalten einer Person hoch eingeschätzt werden müssen. Auch der von Antonovsky (1979, 1987) beschriebene Kohärenzsinn als eine globale Orientierung, die das Ausmass bezeichnet, in dem man ein durchdringendes, dauerhaftes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass (1) die Reize aus der eigenen Person und aus der Umgebung im Laufe des Lebens strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind, dass (2) die Ressourcen verfügbar sind, die man benötigt, um die Anforderungen zu bewältigen, und dass (3) diese Anforderungen als Herausforderungen gesehen werden, die es wert sind, dass man investiert und sich engagiert, hat in der Bewältigung von Belastungen eine wichtige Bedeutung.

Und schliesslich spielen auch Konzepte des eigenen Selbst wie das Selbstwertgefühl und Haltungen der eigenen Person gegenüber, eine wichtige Rolle als Copingressource. Eine positive Einstellung zu sich selbst ist besonders in kritischen Lebenssituationen eine gute Basis, um anstehende Schwierigkeiten aktiv anzugehen und zu bewältigen oder Probleme zu lösen.

Diese personalen Ressourcen sind mehrheitlich Produkt der Entwicklungsgeschichte eines Individuums. Dennoch lassen sich auch diese Faktoren bewegen und verändern. So könnten beispielsweise sowohl Angehörigen als auch Mitarbeitenden soziale Kompetenzen vermittelt werden, so dass der Rückgriff auf das soziale Netz damit unterstützt würde.

Auch Problemlösefähigkeiten lassen sich beispielsweise in Fortbildung vermitteln und tragen bei erfolgreicher Anwendung zu einem verbesserten Selbstwertgefühl bei, was wiederum als Copingressource nutzbar gemacht werden kann.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es unterschiedliche Modelle zur Erklärung von Stress und Belastung in ihrer Entstehung gibt. Gemeinsam ist ihnen jedoch, dass sie auslösende Faktoren sehen, auf die ein Individuum reagiert, um mit der neuen Situation umzugehen. Auch die Reaktionsmöglichkeiten oder Bewältigungsstrategien können unterschiedlich kategorisiert werden. Entscheidender scheinen jedoch die Einschätzung und der Rückgriff auf Ressourcen, die die Bewältigung unterstützen oder erleichtern. Ohne ein gewisses Mass an sozialen und personalen Ressourcen scheint ein erfolgreicher Umgang mit einem belastenden Ereignis fast unmöglich. Deutlich geworden sein sollte schliesslich, dass der Stressprozess, welcher Theorie folgend man ihn auch versteht, ein ganz individueller ist. Das Individuum entscheidet nicht nur selbst, ob ein Ereignis überhaupt als Belastung einzustufen ist, sondern auch ob und welche ihm zur Verfügung stehende Bewältigungsstrategie die angemessenste ist.

Für die Praxis des vorliegenden Forschungsfeldes heisst das in letzter Konsequenz, dass zwar verschiedene eventuell stressauslösende Faktoren für Angehörige und Mitarbeitende zu vermuten sind. Die Ableitung, dass diese aber für alle Angehörigen oder alle Mitarbeitenden dann auch zu einer erlebten Belastung werden, kann nicht ohne weiteres vollzogen werden. Ebenso wenig kann darüber geurteilt werden, welche die effektivste Bewältigungsstrategie für eine bestimmte Belastungssituation ist. Dass dies ein ganz individueller Prozess ist, enthebt eine Institution aber nicht der Verantwortung, Möglichkeiten zur Belastungsminimierung zu eruieren und anzubieten. Allerdings sollte dies vor dem Hintergrund geschehen, dass letztlich jede Person selber entscheidet, ob sie von Unterstützungsleistungen Gebrauch machen möchte oder nicht.

Der theoretischen Auseinandersetzung mit Stress und Belastung soll nun ein Blick in das Praxisfeld von Angehörigen und Mitarbeitenden folgen. Es wird zuerst die Situation der Angehörigen mit den verschiedenen belastenden Momenten genauer dargestellt. Daran schliessen die möglichen Belastungen der Mitarbeitenden an.

## **2.4 Die Situation der Angehörigen pflegebedürftiger alter Menschen**

Die Situation von pflegenden Angehörigen, insbesondere derer, die einen von Demenz betroffenen Menschen zu Hause betreuen, wird nicht nur in der Literatur, sondern auch in der Öffentlichkeit immer wieder umfassend dargestellt. In dieser Arbeit soll der Fokus aber auf den Angehörigen liegen, die jemanden in eine Pflegeinstitution abgeben mussten. In der Regel sind diese Angehörigen vor dem Übertritt in ein Heim bereits über einen unterschiedlich langen Zeitraum mit der Pflege und Betreuung der pflegebedürftigen Person vertraut. Angehörige haben dabei ein grosses Interesse am Wohlbefinden der pflegebedürftigen Person und sind motiviert, alles in ihrer Macht Stehende dafür zu tun. Nicht selten sind sie dabei aber auf die Unterstützung von aussen angewiesen, um dieser komplexen Aufgabe gerecht zu werden. Die Grösse und Qualität des persönlichen sozialen Netzes ist hier nicht unbedeutend, selbst dann, wenn ein professionelles soziales Stützsystem wie Hausarzt und Spitex zur Verfügung stehen. Auch wenn die Verläufe verschiedener Krankheiten sehr unterschiedlich sein können, so gibt es akute gesundheitliche Veränderungen, die sofort nach Spitalpflege zu einem Eintritt in ein Heim führen, oder aber lange, eher schleichende Krankheitsverläufe, die einer längeren Pflege zu Hause bedürfen. Mit Belastung sind wohl alle Verläufe in irgendeiner Weise verbunden. Ist es nicht ein akutes Ereignis, das den Heimeintritt erforderlich macht, so ist oft nach langer Pflege die Erschöpfung der Angehörigen ein zwingender Grund, den Zustand zu verändern. Es gibt sicher unzählige unterschiedliche Konstellationen von Angehörigensituationen, die von vielen verschiedenen Faktoren geprägt sind. Trotzdem lassen sich einige kritische Punkte herausarbeiten, mit denen die meisten Angehörigen im Laufe ihrer Zeit als pflegende Angehörige konfrontiert werden und die es zu bewältigen gilt. Diese möglicherweise belastenden Momente vom Beginn der Pflegebedürftigkeit bis zum endgültigen Abschied sollen in den folgenden Abschnitten näher beschrieben werden, um die Situation der Angehörigen als Ganzes besser zu verstehen.

### **2.4.1 Die Belastungen von Angehörigen**

#### ***2.4.1.1 Belastende Momente bei Pflegebedürftigkeit***

Zu dem Zeitpunkt, an dem einer von zwei Lebenspartnern oder ein Elternteil durch Krankheit oder Alter langsam oder auch akut zunehmend abhängig wird, steht der Angehörige vor ganz neuen Aufgaben. Auf der einen Seite gibt es administrative und pflegerische Dinge, die zum Teil erlernt oder erledigt sein wollen. Meist müssen neue Aufgaben übernommen werden, ohne dass man gefragt wird, ob man sich dazu in der Lage sieht. Es soll auch hier nicht unerwähnt bleiben, dass darin immer auch eine Chance zur Entwicklung liegt, die das einzelne Individuum oft aber erst retrospektiv als solche wahrnehmen kann.

Auf der anderen Seite muss der Pflegebedürftige auch bereit sein, diese Aufgaben an den Partner oder die Kinder abzugeben. Oftmals entstehen bereits an diesem Punkt erste unterschwellige Konflikte, die allein bewältigt werden müssen. Gleichzeitig beginnt aber auch zu diesem Zeit-

punkt bereits ein gewisser Trauerprozess. Das Leben des anderen, aber auch das eigene verändert sich. Vielleicht können lang geplante Dinge nicht mehr in die Tat umgesetzt werden. Auch die eigene Zukunft muss neu geplant und der aktuellen Situation angepasst werden. Bei diesen Anforderungen handelt es sich eher um sichtbare, äussere Dinge.

Aus psychologischer Perspektive ergeben sich aber auch auf anderer Ebene Veränderungen. So verändern sich in den Beziehungen durch beginnende Abhängigkeit die Rollen der Beteiligten. Gerade in Eltern-Kind-Beziehungen differenzieren sich zu dem Zeitpunkt die Verhältnisse zum Teil gravierend. Hier kommt es zu einer Akzentuierung der Generationenbeziehung. Ein entwicklungspsychologisches Konzept, das sich mit dieser besonderen Problematik befasst, ist das Konzept der filialen Reife von Blenkner (1965). Bei Eintritt einer gewissen Hilfsbedürftigkeit der Eltern beginnt noch einmal eine neue Phase in der Beziehung. Blenkner unternimmt mit ihrem Konzept den Versuch, die Verantwortungsbereitschaft der Kinder in Zusammenhang mit den psychodynamischen Vorgängen im mittleren Lebensalter zu bringen. Im Alter von 40–50 Jahren kommt es danach bei den meisten Kindern zum Erleben, dass ihre Eltern nicht mehr wie bisher primär ein Halt für sie selber sind, sondern zunehmend mehr der Hilfe ihrer Kinder bedürfen. Die Lebensphase ist dadurch gekennzeichnet, dass man den Eltern nicht mehr aus der Kinderrolle begegnet, sondern vielmehr als reifer Erwachsener mit ihnen in Kontakt tritt. Die Entwicklung einer filialen reifen Haltung ist nach Blenkner oft mit dem Durchlaufen einer filialen Krise gekoppelt. Erst nachdem der Erwachsene diese letzte Stufe in der Entwicklung der „Kinderrolle“ durchlaufen hat, ist er fähig, die Verantwortung für die Eltern zu übernehmen, ohne dass es gleichzeitig zu einem Rollentausch oder einer Parentifizierung kommt. In der Praxis lässt sich dieses Phänomen häufig in Mutter-Tochter-Beziehungen beobachten. Es gibt immer wieder Töchter, die bei der Begegnung mit ihren Müttern als deren Mutter imponieren.

Brody (1985) bezeichnet die Auseinandersetzung mit der Pflegebedürftigkeit der Eltern als ein normatives Lebensereignis, dessen besondere Schwierigkeit darin zu sehen ist, dass es für die betroffenen Kinder zu so unterschiedlichen Zeitpunkten in ihrem eigenen Lebensverlauf eintreten kann. Die Frage, was Kinder in einer solchen Situation tun *sollten*, ist nur schwer oder gar nicht zu beantworten. Seiner Meinung nach handelt es sich um eine Lebenskrise ohne wirkliche Verhaltensnormen. In der Regel sind die betroffenen Töchter und Söhne in dieser Situation sich selbst überlassen. Die geforderten Verschiebungen und Neuakzentuierungen der Beziehungsverhältnisse müssen ohne Unterstützung vollzogen werden und gelingen von daher mehr oder weniger gut.

Für Ehe- und Lebenspartner ist die Situation vielleicht nicht ganz so gravierend, aber auch hier geraten zumeist jahrelang gelebte Gleich- oder Ungleichgewichte ins Wanken und müssen angepasst werden. Dominanz- und Unterwerfungsverhältnisse bedürfen oftmals der Korrektur. Dass aus dieser Herausforderung der Rollenveränderung Belastungen resultieren können, wurde bereits unter 2.2.3 dargestellt.

Diese weniger offensichtlichen Anforderungen gehen in den Begegnungen mit Angehörigen im Alltag oft unter. Sie werden nicht in dem Mass gewichtet, wie sie für einzelne wiegen, und es fehlt ausserdem an unterstützenden und begleitenden Massnahmen für die Betroffenen.



#### ***2.4.1.2 Belastende Momente beim Heimeintritt***

Es wäre wohl ein Trugschluss, wenn man davon ausginge, dass sich dann beim Heimeintritt die Belastung der Angehörigen durch Übergabe der Pflege an Professionelle reduziere (Keefe & Fancy, 2000). In der neueren Literatur finden sich Hinweise darauf, dass sich mit der Aufgabe der Betreuung von Demenzkranken, sei es durch Todesfall oder Eintritt in eine Institution, zwar die Beschwerden der Betreuenden vermindern, die Anzahl der Arztbesuche sich jedoch verdoppeln (Grässl, 2002). Dieser Befund mag überraschen, da sich die objektiven Belastungsfaktoren im Normalfall bei einem Heimeintritt reduzieren. Die von den meisten Angehörigen geleisteten pflegerischen Tätigkeiten werden von professionellen Pflegenden übernommen. Körperliche und zeitliche Ressourcen sollten in Abhängigkeit zum Engagement der jeweiligen Person im Heim eher wieder frei werden. In der Regel findet aber kein «Abschieben» der pflegebedürftigen Person statt, sondern der Kontakt bleibt durch regelmässige Besuche bestehen (Evans & Scullion, 2000). Entscheidender als die objektive Belastung ist hier die innerpsychische Verarbeitung der Situation der einzelnen Person. Dass die Art, wie sie die Situation bewertet, welche Motivation sie bewegt und welche Handlungsmöglichkeiten sie sieht, in Bewertungsprozesse des eigenen Handelns münden, die die subjektive Belastung sehr wohl mitbestimmen (Lazarus & Folkman, 1984), wurde bereits weiter oben ausführlicher dargestellt.

In Untersuchungen konnte ausserdem gezeigt werden, dass emotionale Abhängigkeit der Angehörigen in stärkerem Zusammenhang mit der subjektiven Belastung stand als die objektiven Belastungsfaktoren (Adler, Gunzelmann, Machold, Schumacher & Wilz, 1996; Wilz, Gunzelmann & Brähler 1999). Die emotionale Abhängigkeit war gekennzeichnet durch das Erleben von Schuldgefühlen bei Unternehmungen ohne den Kranken, durch die Unfähigkeit, Hilfe anderer anzunehmen, durch subjektiv erlebte Unentbehrlichkeit in der Pflege, durch die enge Verknüpfung des eigenen Wohlbefindens mit dem der pflegebedürftigen Person und durch das Fehlen eigener Perspektiven ausserhalb der Pflege. Auch das Zurückstellen eigener Wünsche und Bedürfnisse stellt an sich schon eine Belastung dar (Jones & Jones, 1994).

Auf psychischer und physischer Ebene hinterlässt Belastung Spuren wie beispielsweise ein geringes Ausmass an Lebenszufriedenheit oder chronifizierte körperliche Beschwerden (Gunzelmann, 1991). Auch Veränderungen im sozialen Leben der Betreuenden wie deutliche Einschränkungen der Aktivitäten bis hin zur Isolierung sind beobachtbar.

Der Eintritt einer Person in eine Institution geht demzufolge nicht zwangsläufig mit einer Entlastung der Angehörigen einher. Auch wenn sich objektive Belastungen reduzieren, stehen die Angehörigen vor neuen Aufgaben, die zum Teil ganz neue Herausforderungen für sie beinhalten.

So ist allein die Entscheidung für eine Heimplatzierung für die Angehörigen emotional sehr schwerwiegend und kann durchaus als Familienkrise angesehen werden (Zarit & Whitlatch, 1992). Dieses Moment stellt oftmals einen Tiefpunkt im Familienleben dar. Auch wenn die Familie intakt bleibt, wird die pflegebedürftige Person in Zukunft an einem anderen Ort leben und nie mehr in die zuvor gelebten Rollen zurückkehren. Das Verantwortungsgefühl für das physische und

emotionale Wohlbefinden und auch die aktive Bereitschaft, einen Teil der Pflege zu übernehmen, bleibt in vielen Fällen bestehen (Keefe & Fancey, 2000).

Wie bereits unter 2.4.2 beschrieben, stellt auch dieser Schritt für erwachsene Kinder eine besondere Herausforderung dar, nicht zuletzt durch die in unserer Kultur definierten Pflichten von Kindern gegenüber ihren Eltern. Trotz Individualisierung und hoher Wertschätzung von Selbstverwirklichung und Eigenständigkeit fühlen sich erwachsene Kinder stark verpflichtet, ihren Eltern in Zeiten der Not und Hilfsbedürftigkeit beizustehen (Rossi & Rossi, 1991). Wie diese Pflicht zu erfüllen ist, wird allerdings nur sehr unklar definiert (Schütze & Wagner, 1991), so dass die Heimunterbringung leicht als Verletzung der filialen Pflicht interpretiert wird und bei den erwachsenen Kindern Schuldgefühle erzeugt (Schütze, 1989).

Auch unter besten Bedingungen ist der Eintritt mit Gefühlen des Verlassens verbunden und führt innerpsychisch nicht selten zu Konflikten und schlechtem Gewissen (Nolan & Dellasega, 1999, Spark & Brody, 1970). Durch Besuche und Kontakte zu dem geliebten Menschen können diese Gefühle zwar reduziert werden, die Sorge um das Wohl des abhängigen Menschen bleibt jedoch bestehen. Und auch wenn sich die erlebte Belastung reduziert, findet sich nicht unbedingt ein gesteigertes Wohlbefinden der Angehörigen (Zarit & Whitlatch, 1992).

Das fehlende Wissen darüber, was einen im Heim erwartet, gekoppelt mit dem, was an Informationen in der Öffentlichkeit über Alters- und Pflegeeinrichtungen weitergegeben wird, führt nicht selten zu Zweifeln und Unsicherheit in dieser Situation. Auch die Auseinandersetzung mit einer komplett neuen Lebenssituation erfordert hohe Anpassungsleistungen. Nach ausgefüllten Tagen mit der Pflege, aus der neben der Belastung auch das Erleben von Befriedigung gezogen werden konnte, stehen angehörige Partner meist vor dem Alleinsein und sehen sich nicht selten ihrer Alltagsaufgabe beraubt. Pflege und Betreuung ist in dem Sinn nicht nur Last, sondern sie gibt auch Selbstbestätigung, indem man etwas für den anderen tun kann.

Angehörige müssen sich nach dem Heimeintritt zudem mit der räumlichen, aber häufig auch mit der emotionalen Distanz ihrer «abgegebenen» Angehörigen auseinandersetzen. Gesagtes oder Handlungen können nicht mehr so schnell korrigiert werden. Das Leben des Bewohners findet in einer anderen realen Welt statt. Man gehört zwar weiterhin zusammen, aber die Alltagsgestaltung findet in getrennten Lebenswelten statt.

Neu ist auch, dass andere, fremde Menschen die Verantwortung für einen vertrauten Menschen zum Teil übernehmen. Lind (1990, 1991, 2000 zit. in Haus Neuland, 2005) geht hier davon aus, dass die divergierenden Rollen, einerseits nächster Angehöriger zu sein und dabei andererseits gleichzeitig ohne Verantwortung zu sein, sehr problematisch sind. Das eigene Expertenwissen und die Zweifel über die Richtigkeit der getroffenen Entscheidung können an dieser Stelle den Prozess der Vertrauensbildung zum Personal erschweren.

Für einige stellt auch die Tatsache, dass sie die Hilfe anderer Menschen in Anspruch nehmen müssen, eine grosse Herausforderung dar (Wilz et al., 1999). Unabhängig sein und die anstehenden Lebensaufgaben selbst bewältigen zu können, sind geschätzte Werte in unserer Kultur. Die Pflege in andere Hände geben zu müssen, geht nicht selten mit Gefühlen des Versagens einher.

Bei lang bestehenden partnerschaftlichen Beziehungen ist oft das eigene Wohlbefinden an das Wohlbefinden des Partners geknüpft (Wilz et al., 1999). Es kann dem einen nur gut gehen, wenn er das auch von dem anderen weiss. Fühlt sich der Angehörige wider Erwarten auch mal allein oder in Gesellschaft anderer wohl, beschleicht ihn schnell einmal das schlechte Gewissen, welches in der Folge manchmal durch viele Besuche beim Pflegebedürftigen kompensiert wird.

Gleichzeitig darf nicht vergessen werden, dass Angehörige viel Belastendes mit in die Institution tragen. Eigene Ängste bezogen auf die Zukunft, damit im Zusammenhang stehende Trauer und Verlustgefühle sind nicht selten treue Begleiter der Angehörigen. Auch in deren Leben geht durch den Einzug in eine Institution etwas zu Ende. Manchmal muss an diesem Punkt die empfundene Verpflichtung gegenüber dem persönlichen Lebensentwurf abgewogen werden (vgl. Hedtke-Becker 1999).

Aber da sind auch Ängste vor der Entwicklung der Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Der schrittweise Verlust und der drohende körperliche oder geistige Zerfall stellen eine wohl kaum nachzufühlende Belastung dar. Miterleben zu müssen, wie sich die Persönlichkeit eines vertrauten und geliebten Menschen verändert, ist für viele Angehörige nahezu unerträglich. Und nicht zuletzt leiden vor allem Ehepartnerinnen und -partner häufig bereits selbst unter ihren eigenen körperlichen Beschwerden. So stellt der Heimeintritt einer nahestehenden Person sicher ein ganz einschneidendes und herausforderndes Erlebnis im Lebenslauf einer Person dar.

#### ***2.4.1.3 Belastende Momente im Heimaltag***

Nach der ersten Zeit des Einlebens und sich Arrangierens mit der neuen Lebenssituation wird das Leben im Heim ein Stück Alltag für die Angehörigen, der sie wiederum vor neue Herausforderungen stellt. Das Leben von Beziehung ist in einer Altersinstitution deutlich schwieriger. Intimität im eigentlichen Sinne kann häufig fast nicht gewährleistet werden. Allein die Alltagsstruktur der Institution gibt einen Rahmen für die Möglichkeit von echten Begegnungen vor. Angehörige müssen plötzlich lernen, sich gegenüber Blicken und den Urteilen der vielen anderen, wie Besucherinnen und Besuchern, Personal und weiteren Bewohnern, abgrenzen zu können. Das gemeinsame Leben findet damit weit mehr in der Öffentlichkeit statt. Der Heimeintritt und das Leben im Heim verändert das Familiensystem. Die Familie muss sich in ungewohnter Form öffnen und viele Familieninterna bekannt geben (Steiner-Hummel, 1984, 1987, 1990, 1993). Die vielen Informationen, die die Mitarbeitenden über die pflegebedürftige Person benötigen, um eine gute, individuelle Betreuung gewährleisten zu können, fordern auch von Ehepartnerinnen und -partnern oder Kindern ein nicht unbedeutendes Mass an Offenheit und Transparenz.

Die belastenden Momente des Heimeintritts nehmen die Angehörigen je nach psychischer Verarbeitung mit in den weiteren Verlauf des Heimaufenthalts. Die Ängste und Zweifel bezüglich der Zukunft, die Schuldgefühle, die Trauer und Hilflosigkeit im Umgang mit der veränderten Lebenssituation sind für manche nicht so einfach zu überwinden und zu verarbeiten.

Die Rücksichtnahme auf die Situation des Pflegebedürftigen kann dazu führen, dass Angehörige eigene, wahre Gefühle manchmal gar nicht wahrnehmen oder zur Seite schieben, was einer Bewältigung nicht unbedingt förderlich ist. Eine Auseinandersetzung mit dem anderen ist oft nicht mehr möglich oder wird vermieden, so dass sich vermuten lässt, dass die Beziehungsgestaltung durch das Leben in räumlich getrennten Welten in eine neue Phase geht, die die Angehörigen selbst aktiv gestalten müssen. Abschiednehmen von gelebter Beziehung und offen sein für eine andere neue Art der Begegnung scheint hier gefordert.

Angehörige vermissen in ihrer belasteten Situation oft Wärme und Geborgenheit (Käppeli, 1989). Sie erleben Situationen, in denen es scheint, als weichen ihnen die Pflegenden aus, und so empfinden sie sich in der Schlussfolgerung als Störfaktor und als zusätzliche Belastung für das Pflegepersonal (Meier, 1989). Durch die Übergabe der Betreuung an professionelle Pflegekräfte sind Angehörige in der Regel kurze Zeit entlastet, kämpfen dann aber nicht selten mit dem Gefühl der Bedeutungslosigkeit. Eine Untersuchung (Kellet, 2000) konnte zeigen, dass Angehörige insbesondere darunter leiden, keine Kontrolle zu haben, nicht gehört zu werden, sich ausgeschlossen zu fühlen, Pflege nicht teilen zu können und in konstanter Verunsicherung zu leben.

Lind (1990, 1991, 2000) sieht eine besondere Schwierigkeit darin, dass Angehörige im Heim eine gewisse Macht- und Hilflosigkeit erleben. Auf der einen Seite sind sie auf das Heim angewiesen, weil die Pflege nicht mehr von ihnen selbst geleistet werden kann. Andererseits spüren sie diese Machtlosigkeit in Bezug auf ihre sehr beschränkten Einflussmöglichkeiten auf den Heimalltag und die Pflege ihres Nächsten. Sie erleben sich in der gespannten Ambivalenz zwischen Engagement und Rückzug, im innerpsychischen Konflikt zwischen Resignation und Anpassung auf der einen Seite und Protest und Widerstand auf der anderen. Zwei wesentliche Bedürfnisse von Angehörigen sind in diesem Kontext, sich einerseits von der Institution entlasten zu lassen, aber trotzdem mitverantwortlich zu sein. Sie wollen in der Rolle als Angehöriger respektiert werden und das nicht aus utilitaristischen Motiven, weil sie für das Heim als Informationsträger wichtig sind, sondern um ihrer Bedeutung als Beziehungspartner des Bewohners willen.

Altersinstitutionen werden nicht selten gemieden, weil sie mit Vorstellungen von Tod, Abbau und Verfall assoziiert sind. Im Heim wird unmissverständlich deutlich, was der Mensch immer wieder zu verdrängen versucht: Das Leben ist endlich, und Leiden ist ein nicht wegzudiskutierender Bestandteil der menschlichen Existenz. Die bei jedem Besuch unausweichliche Konfrontation mit Schmerz, Tod und Trauer lassen kaum noch Möglichkeit, diese Tabus zu verdrängen. Bis zum Heimeintritt ist es jeder Person selber überlassen, ob sie sich damit auseinandersetzen will oder nicht. In einer Institution aber gehören sie zum Alltag. Auch wenn man selber noch nicht direkt oder unmittelbar betroffen ist, so erlebt man es doch bei anderen Bewohnern mit und kann nur sehr schlecht ausweichen. Hier sind Fähigkeiten des Aushaltens und des Hinsehen gefragt.

Im weiteren Verlauf spielen auch die Motive für das persönliche Engagement im Umgang mit der Situation eine wichtige Rolle. Motive wie moralische Verpflichtung, Sinngebung, Reziprozität oder Altruismus lassen das Erleben der zuvor beschriebenen Situationen von Pflicht, über Herausforderung und Chance bis hin zu Belastung reichen.

#### ***2.4.1.4 Belastende Momente beim Sterben des Bewohners***

Auch die Situation der Sterbebegleitung eines nahestehenden Menschen birgt für die Angehörigen weitere Belastungsmomente. Natürlich steht ganz am Anfang die Angst vor dem Verlust dieser Person. Gerade bei Ehe- oder Lebenspartnern mischt sich vielleicht zu der Angst aber auch eine gewisse Form der Wut. Es geht darum, dass man nicht alleine zurückbleiben will. Und gleichzeitig können dabei Schamgefühle entstehen, weil man nicht nur an den Sterbenden, sondern auch an sich selbst denkt. Den Mut zu finden, um sich in dieser Situation mit allem was einen beschäftigt, jemanden anzuvertrauen, stellt gerade für die ältere Generation eine besondere Herausforderung dar.

Der Umgang mit dem Unwissen darüber, wann der Tod tatsächlich eintritt, ist ebenfalls nicht leicht auszuhalten. Dabei werden laufend alle Zeichen gedeutet, um nähere Anhaltspunkte darüber zu bekommen und sich besser darauf einstellen zu können. Gerade bei alten, chronisch kranken Menschen kann sich dieser Prozess über einen längeren Zeitraum hinziehen und es den Angehörigen besonders schwer machen. Dann ist das Aushalten, ohne dass man etwas beeinflussen oder tun kann, eine hohe Anforderung für die Angehörigen, die mit Hilflosigkeit und Ohnmachtsgefühlen einhergeht. Als grösste Nöte im Zusammenhang mit dem Sterben werden immer wieder die Ängste vor dem Erstickten, vor Schmerz und vor dem Verdursten genannt.

Beim definitiven Abschiednehmen wird auch noch einmal besonders deutlich, dass es kein Zurück mehr gibt. Das Leben ist gelebt, die Beziehung ist in dem Augenblick nicht mehr zu verändern und damit ist auch keine Wiedergutmachung mehr möglich. Man kann sich nicht mehr vornehmen, ab morgen anders miteinander umzugehen. Diese Endgültigkeit kann je nach Beziehung ebenfalls als Belastung erlebt werden. Am Schluss bleiben dann vielleicht noch Schuldgefühle, weil man gern noch etwas wieder gut gemacht hätte. Möglicherweise entsteht auch dann noch der Wunsch nach Versöhnung oder das Bedürfnis, noch etwas zu sagen oder auch vom Sterbenden noch etwas zu hören, was einem aufgrund des fortgeschritten Sterbeprozesses versagt bleibt.

Es steht wohl ausser Zweifel, dass Angehörige in dieser Phase noch einmal der besonderen Begleitung bedürfen, um diese Situation bewältigen und ein positives Abschiednehmen erleben zu können.

Die Situation der Angehörigen vom Beginn der Pflegebedürftigkeit eines nahestehenden Menschen bis hin zu dessen Tod birgt somit eine Menge neuer Aufgaben und Herausforderungen, die individuell bewältigt werden müssen. Auch wenn von Seiten der Institutionen eine Integration der Angehörigen zu deren Entlastung angestrebt wird, stehen alle Beteiligten damit vor einer nicht leicht zu bewältigenden Aufgabe, und der Alltag in der Situation gestaltet sich oft als schwierig.

## 2.5 Die Situation der Pflegenden in der Langzeitpflege

Die ausführliche Darstellung der Situation von Angehörigen soll nun ergänzt werden durch einen Einblick in die Lage der Pflegenden und deren mögliche Belastungen in der Langzeitpflege.

Die Situation der Pflege ganz allgemein steht seit mehreren Jahren im Fokus des öffentlichen Interesses. Man liest über schwierige Arbeitsbedingungen, Personalmangel, schlechte Entlohnung aber auch Qualitätsmängel. Im Folgenden soll ein kurzer Einblick in dieses Feld gegeben werden. Daran schliesst sich eine ausführlichere Darstellung der spezifischen Belastungen der Pflegenden in der Geriatrie an.

Untersuchungen im Bereich der Langzeitpflege zeigen (z.B. Prey, Schmid, Storni & Mühleisen, 2004), dass es mehrheitlich Frauen (90%) sind, die in der Geriatrie arbeiten. Sie sind dort in allen Positionen von ungelernt bis hoch qualifiziert anzutreffen. Trotz ihrer deutlichen Überzahl sind sie aber in den Kaderfunktionen eher weniger vertreten. Die männlichen Pflegenden befinden sich zwar in der Minderheit, sind aber in der Regel besser qualifiziert und besetzen damit auch eher die besseren Funktionen.

Nach der schweizweiten Studie von Prey et al. (2004) liegt der Anteil an Ausländern im Langzeitbereich bei rund 14%, wovon der grösste Teil aus Frankreich, Deutschland und Italien stammt. Während ca. 53% der Ausländerinnen einer Vollzeitanstellung nachgehen, sind dies bei den Schweizerinnen nur 19%. Allerdings ist es nur rund ¼ des Gesamtpersonals, das 100% arbeitet, der Rest befindet sich in Teilzeitanstellungen. Überstunden und die Arbeit an Wochenenden und Feiertagen gehören für alle Mitarbeitenden zum Alltag. Rund 30% der Pflegenden unterstützen neben ihrem Haushalt zusätzlich noch Personen ausserhalb des eigenen Haushalts. Diese Unterstützungsleistungen reichen von der Kinderbetreuung bis zur aufwändigen Pflege alter oder kranker Menschen.

Das soziale Klima im Bereich der stationären und ambulanten Langzeitpflege kann als gut bis sehr gut bezeichnet werden (Prey et al., 2004). Es gibt eine hohe Zufriedenheit mit der pflegerischen Tätigkeit, wobei Betriebsgrösse und Beschäftigungsumfang einen hohen Einfluss auf die Zufriedenheit und das soziale Klima haben. Der Kontakt zu den Bewohnern ist für die Pflegenden ein entscheidender Faktor für ihre Zufriedenheit (Künzi & Schär Moser, 2004). Aber auch die Arbeit im Team und der Kontakt zu den Kollegen wie auch die Vielseitigkeit, Selbständigkeit und Verantwortung der Tätigkeit werden sehr geschätzt.

Während Prey et al. (2004) von grossen Freiheiten bei der Durchführung der Pflege und Möglichkeiten zur Partizipation berichten, kommen Künzi & Schär Moser (2004) in ihrer Studie zu dem Schluss, dass der Tätigkeitsspielraum eher gering ist und die Pflegenden öfter angeben, vor vollendete Tatsachen gestellt zu werden. Hier berichten die Pflegenden von den Belastungen durch das Arbeitsvolumen und den vielen parallel zu erledigenden Aufgaben, durch die körperliche Anstrengung bei der Arbeit am Bewohner und die unregelmässigen Arbeitszeiten.

Im Vergleich mit anderen Berufsfeldern sind die Lohnverhältnisse der Pflegenden trotz Revision immer noch eher schlecht. Für die Berufs- und Arbeitsplatzwahl dürfen hier wohl andere Motive als die finanzielle Komponente angenommen werden.

Diese kurze allgemeine Einführung in die Situation der Pflegenden der Langzeitpflege soll im Folgenden ergänzt werden durch die Darstellung der spezifischen Belastungen in diesem Arbeitsgebiet.

### **2.5.1 Die Belastungen von professionell Pflegenden**

Es ist hinreichend bekannt, dass die Betreuung und Begleitung von Menschen in der Langzeitpflege nicht zuletzt auch durch die zunehmenden Demenzerkrankungen eine besonders grosse Herausforderung darstellt. Anders als in anderen Bereichen gibt es hier keine klaren Lösungen im Umgang mit ganz bestimmten Pflege- oder Betreuungsproblemen. Auch Zimmer und Weyerer kommen zu dem Schluss, dass die Pflege alter Menschen ein hohes Mass an Arbeitsbelastung bedeutet und besondere Anforderungen an die Pflegenden stellt (Zimmer & Weyerer, 1999).

#### ***2.5.1.1 Belastungen durch die beruflichen Anforderungen***

Den professionell Pflegenden wurde lange die Rolle des fürsorglichen Familienersatzes zugesprochen. Sie sollten fleissig, fürsorglich, belastbar und praktisch veranlagt sein. Heute stellt die Pflege von alten Menschen verschiedene Anforderungen an die Pflegepersonen. Sie benötigen zunächst eine hohe Sensibilität, um auf die Bedürfnisse und Wünsche alter kranker Menschen eingehen zu können. Hier muss bedacht werden, dass in den meisten Fällen mehrere Generationen zwischen den Pflegenden und den Bewohnern liegen, die das Sich-Einfühlen deutlich erschweren. Ein wichtiger Grundsatz in der Pflege ist es, die Dinge zwar für den Bewohner, aber in seinem Sinne zu entscheiden oder auszuführen. Um in der Pflege das umsetzen zu können, was der alte Mensch täte, wenn er nicht pflegebedürftig und abhängig wäre, ist ein grosses Mass an Empathie nötig. Berufliches, gerontologisches und geriatrisches Fachwissen kann an dieser Stelle sicher sehr von Vorteil sein, aber die Pflegenden benötigen auch persönliche Kompetenz und den Willen oder die Bereitschaft, sich in das Gegenüber einzufühlen. Sie selber geben an, dass entscheidende Einflussfaktoren auf ihre Hilfemöglichkeiten vor allem von der Persönlichkeit abhängig sind (Muthny, Bermejo & v. Gierke, 1993).

Ausserdem sind die professionell Pflegenden in einer Doppelrolle, die ihre Situation erschweren kann. Auf der einen Seite sind sie zuständig für die Pflege und alle damit zusammenhängenden pflegerischen Verrichtungen und andererseits sind sie häufig gleichzeitig auch die wichtigsten Beziehungspartner für die Bewohner. Unbewusst werden sie manchmal von den Bewohnern in die Rolle des lieben Kindes, im Gegensatz zu den eigenen abschiebenden Kindern, gedrängt. Das macht das Gleichgewicht zwischen Nähe und Distanz deutlich anspruchsvoller als beispielsweise im Akutpflegebereich. Die Pflegenden können sich weniger hinter die professionelle Rolle zurückziehen, im Gegenteil: Sie sind hier als ganze Person gefordert.

Das Pflegepersonal in dem System Heim nimmt eine zentrale, aber auch spannungsgeladene Position ein. Sie stehen nicht selten in der Mitte des Spannungsfeldes zwischen Ärztin/Arzt, Angehö-

rigen und natürlich dem Bewohner. In dieser Situation erleben sie direkt, und mehr als alle anderen beteiligten Personengruppen, die Nöte, Schwierigkeiten und Gebrechen der Patientinnen und Patienten und müssen fähig sein oder lernen, diesen zu begegnen oder sie auszuhalten. Sie sind gleichzeitig direkte Ansprechpartnerinnen und -partner für alle anderen Dienstbereiche und die Angehörigen, die oft Unterstützung in ganz existenziellen Fragen erwarten. Auch hier wird von ihnen gefordert, Antworten zu finden und Begleitung anzubieten im Chaos der Gefühle von Angst und Hoffnung, Verzweiflung, Trauer und Enttäuschung, zwischen Festhalten und Loslassen. Eine Untersuchung konnte zeigen, dass Altenpflegerinnen sich zu 58% in der Rolle als Pflegerin, zu 30% als Seelsorger und zu 28% als Psychologen empfinden (Muthny, Beremejo & Gierke, 1993). Die physische Versorgung der Bewohner steht deutlich im Vordergrund und doch spüren die Pflegenden, wie sehr sie auch für andere Belange verantwortlich gemacht werden. Das führt zu einer hohen Rollenkomplexität und ist in seiner Belastungsfolge nicht zu unterschätzen (Pearlin, 1983).

#### ***2.5.1.2 Belastungen durch personelle oder organisatorische Rahmenbedingungen***

Es würde zu weit führen, hier alle in einer Organisation möglichen Mängel aufzuführen, und doch ist auch dieser Bereich in seinen Folgen nicht zu unterschätzen. Er soll deshalb mit den wichtigsten Aspekten benannt werden.

Zum einen sind die Konflikte unter den Mitarbeitenden wegen des Dienstplans, der Arbeitseinteilung durch die Vorgesetzten und das Gefühl von Überbelastung (Kruse & Schmitt, 1999) zu erwähnen. Immer dann, wenn das Gefühl von Überforderungen sich einstellt, finden innerhalb der Teams Vergleichsprozesse statt, in denen genau beobachtet wird, ob vielleicht jemand bevorzugt behandelt und man selbst benachteiligt wird. Das führt zu einer Verschlechterung der Arbeitsatmosphäre, welche sich ihrerseits belastend auswirken kann. Der Anfall an administrativen Arbeiten hat auch im Pflegebereich in den letzten Jahren enorm zugenommen. Viele Pflegenden mussten sich zusätzlich Computerkenntnisse erarbeiten und waren und sind damit im Alltag doppelt gefordert, denn der Pflegeaufwand wird durch die Bürokratisierung nicht geringer. Und so plagt viele dann zusätzlich noch ein schlechtes Gewissen, weil sie dadurch nach ihrem Empfinden weniger Zeit für die Bewohner haben.

Ein ebenso wichtiger Aspekt ist die Wechselschicht. Hier können sowohl physiologische Reaktionen wie auch psychophysiologische Symptome wie Kopfschmerz auftreten. Hinzu kommen mögliche psychosoziale Folgen (Kirchler & Schmidl, 2000). Die Pflegenden haben erschwerte Bedingungen, um private soziale Kontakte aufrechtzuerhalten. So müssen das Privatleben und das Arbeitsleben genau aufeinander abgestimmt werden (Künzi & Schär Moser, 2004). Der Personal-mangel stellt in diesem Zusammenhang einen weiteren wichtigen Faktor dar (Becker & Meifert, 1997; Hertl, Baumann & Messer, 2004), denn er führt nicht zuletzt zu dem nachstehend näher erläuterten Zeitdruck, unter dem die Pflegenden in der Langzeitpflege stehen. Hinzu kommt noch der häufige Wechsel im Team, der für die erfahrenen Teammitglieder damit verbunden ist, immer wieder neue Kolleginnen einarbeiten zu müssen (Künzi & Schär Moser, 2004). Im Rahmen dieser



Überlegungen ist es besonders wichtig, wie die Pflegenden selbst die Arbeitsbedingungen bewerten und wie gross ihre Möglichkeit ist, Einfluss darauf zu nehmen (Böger & Hacker, 1999).

Der zunehmende Zeitdruck steht in einem deutlichen Widerspruch zur Betreuung alter Menschen, bei denen die Pflegebedürftigkeit häufig ja durch eine Verlangsamung verursacht ist. Da, wo die Pflege auch hinsichtlich ihrer Ausführung in einem reduzierten, dem Bewohner angepassten Tempo geleistet werden sollte, ist der Zeitdruck, unter dem sie in der Realität stattfinden muss, ein immenser Störfaktor für die gute Qualität. Dieses Missverhältnis kann belastende Auswirkungen auf die Pflegenden selbst und auf die Qualität ihrer Arbeit haben (Enzmann & Kleiber, 1989).

Der Zeitdruck und die daraus folgenden Stressmomente werden immer wieder als Hauptbelastungsquellen erwähnt (Petzold, 1990; Stiefel, 1989; Windisch, 1991). Auch Bermejo und Muthny (1993) kommen in ihrer Untersuchung mit 255 Pflegekräften zu dem Ergebnis, dass die Hauptbelastungen in einem gedrängten Zeitplan aufgrund von Personalmangel, Mängeln in der Organisation, Leiden der Bewohner und Spannungen im Team liegen. Interessanterweise fanden sie eine höhere Belastung bei den besser qualifizierten Pflegekräften, die sie auf die erhöhte Verantwortung und wohl daraus resultierenden Interaktionsprobleme mit Bewohnern, Vorgesetzten und Angehörigen zurückführen.

### ***2.5.1.3 Belastungen durch pflegerische Handlungen***

Die Pflege alter Menschen geht mit grosser körperlicher Anstrengung einher und wird von den Pflegenden selbst auch als belastend erlebt (Künzi & Schär Moser, 2004). Die häufigen Hilfestellungen bei eingeschränkter Mobilität sind trotz technischer Hilfsmittel mit Kraftaufwand verbunden. Bedenkt man beispielsweise den normalen Tagesablauf einer alten Person mit einer Hemiplegie, so ist mehrmals täglich eine Mobilisation aus dem Bett oder ins Bett erforderlich, vom Transfer auf die Toilette ganz abgesehen. Die häufigsten physischen Belastungen beim Pflegepersonal finden sich im Bereich von Rückenproblemen (Zimber, 1998) und auch Kopfschmerzen (Prey et al., 2004).

Aber auch die Betreuung der Bewohner stellt hohe Ansprüche an das Personal. Sicher kann die Beziehung zu den Bewohnern eine Quelle der Befriedigung in der Arbeit sein und ist häufig auch Motivation, diesen Beruf zu ergreifen. Gleichzeitig können daraus aber komplexe Anforderungen resultieren. So sind beispielsweise hohe Erwartungen der Bewohner an das Personal eine zusätzliche Belastung für dieses (Wahl & Kruse, 1994). Oftmals kommt es in diesem Zusammenhang auch zu konkurrierendem Verhalten unter den Bewohnern selber – es wird um die Aufmerksamkeit und Zuwendung der Pflegenden gekämpft, während diese ihrem Auftrag verpflichtet sind, alle Bewohner gleich zu behandeln.

Ein weiteres Problemfeld eröffnet sich durch psychisch veränderte Bewohner. Hervorgerufen sind diese Veränderungen meist durch Krankheitsbilder wie Demenz und Depression. Der Umgang mit den Verhaltensauffälligkeiten dieser Bewohner ist im Alltag eine besondere Erschwernis, welche oft eine Eins-zu-eins-Betreuung der betroffenen Person erfordern würde. Diese kann aber auf-

grund des Stellenplans nicht geleistet werden; der Bewohner wird getröstet, was wiederum eine Verschärfung der Symptomatik zur Folge hat. Wenn es dann in der Folge noch zu Gewalthandlungen gegenüber den Pflegenden kommt, ist die Situation ganz besonders schwierig (Schneider, 1990). Die permanente Konfrontation mit Krisensituationen und mit der Situation von geistiger Instabilität, etwas vor dem sich der Mensch wohl am meisten fürchtet, stellt eine aussergewöhnliche Belastung für die Pflegenden dar. Das Pflegen von dementen Personen kann auch bei ihnen die Ängste vor dem Krankheitsbild und der eigenen Betroffenheit im familiären Umfeld verstärken. Die Bedrohung von Vernunft und Autonomie, zwei Werten, die in unserer westlichen Welt eine bedeutende Rolle spielen, täglich vor Augen zu haben, ihre Folgen nicht nur zu sehen, sondern auch aushalten zu müssen, stellt hohe Anforderungen an das eigene «Person-Sein». So geben Pflegende als besondere Belastungen die Gespräche mit verwirrten Bewohnern an (Hertl, Baumann & Messer, 2004).

Der Umgang mit Grenzsituationen wie Tod und Sterben ist für die Pflegenden eine weitere Schwierigkeit (Wahl & Kruse, 1984), besonders dann, wenn sie sich damit alleingelassen fühlen. Darin spielt auch die Abwesenheit von Angehörigen eine belastende Rolle (Hertl et al., 2004). So müssen die professionell Pflegenden immer bereit sein, Verständnis für das Verhalten und die Bedürfnisse der Bewohner aufzubringen, und sie müssen zugleich auch Verständnis für die Situation der Angehörigen entwickeln.

Weiter werden aber im Kontakt mit Bewohnern auch als belastend benannt der körperliche Einsatz, die Intimpflege der alten Menschen, der Kontakt mit üblen Gerüchen und die Gespräche über persönliche Probleme der Bewohner. Auch Prey et al. (2004) fanden in ihrer Studie bestätigt, dass Pflegepersonen sehr häufig von den Problemen der Bewohner berührt sind. Die Pflegenden geben hier auch an, dass es für sie beschwerlich ist, gleichbleibend freundlich zu Klienten zu sein, nicht die Geduld zu verlieren und nicht ärgerlich zu werden.

#### ***2.5.1.4 Belastungen durch den Umgang mit Angehörigen***

Der Heimeintritt ist wie weiter oben ausführlicher dargestellt eine besondere Umstellung für die Angehörigen (Baumann et al., 2002). So sind diese einerseits froh über die Entlastung, andererseits plagen sie aber auch Schuldgefühle (Mc Auley & Travis, 2000; Rohner & Terhorst, 1989). Diese Ambivalenz der Gefühle kann die Beziehung zum Bewohner erschweren, sie kann aber auch erschwerend auf die Beziehung zwischen Angehörigen und Personal wirken (Daneke, 2000). Die zwangsläufige Übertragung der Verantwortung für den Bewohner auf das Personal kann Eifersucht nach sich ziehen, die die Beziehung im Nachhinein stört (Kühnert, 1992). Pflegende geben als Belastung im Zusammenhang mit Angehörigen auch den mangelnden Kontakt zwischen Bewohnern und Angehörigen und die hohen Erwartungen von Angehörigen an (Hertl et al., 2004).

Oftmals wird von Angehörigen das Ausmass an Pflegebedürftigkeit zu Beginn verschwiegen oder verharmlost. Implizit werden damit aber auch die Arbeit und der Anspruch, der diese Arbeit an sie

stellt, abgewertet und bagatellisiert. Meist gehen dem Übertritt in eine Institution viele Dinge wie Einsatz von ambulanten Diensten, teilstationäre Betreuung oder auch Kurzaufenthalte zur Entlastung der Angehörigen oder zur Optimierung der medikamentösen Therapie voraus. Erst wenn sich alle Ressourcen und Möglichkeiten erschöpft haben, kommt es zur Einweisung in ein Heim. Damit erfahren sich die Pflegenden auf bewusster oder unbewusster Ebene als letztes Glied in der Kette. Sie können den Situationen, die auf sie zukommen, nicht ausweichen und erleben oft das Gefühl, mit einer Aufgabe allein gelassen zu werden, die niemand will (Rohner & Terhorst, 1989). Weitere Schwierigkeiten im Umgang mit Angehörigen werden unter 2.6 genauer aufgeführt.

Die beschriebenen herausfordernden Charakteristika der Langzeitpflege können sich sicher zum einen auf die einzelne Person, dann in der Folge aber auch auf ihr Umfeld auswirken. So zeigt sich chronische Ermüdung des Pflegepersonals, verknüpft mit Gleichgültigkeit oder Abschirmen gegenüber dem Bewohner, als Hauptwirkung der psychischen Beanspruchung (Prey et al., 2004). Auch eine klare Distanzierung vom Bewohner (Neubach & Schmidt, 2004), aber auch von den Angehörigen, kann eine Strategie sein, um sich vor weiteren Belastungen zu schützen. Nicht selten ist gerade auch in diesem Zusammenhang die Rede vom Burnoutsyndrom in der Pflege. Die Fachwelt betont immer wieder, dass zur Verbesserung der Situation im stationären Altersbereich Fort- und Weiterbildung, aber auch Supervision von besonderer Wichtigkeit sind (Burger, 1990; Muthny, 1991). Dabei ist die Kompetenzsteigerung im Umgang mit den Arbeitsanforderungen eine wichtige Zielsetzung. Genauso wichtig ist aber die Reflexion der täglichen Belastungen und der eigenen Bewältigung, um damit eine emotionale Entlastung zu bewirken.

Die Situation von Angehörigen und Pflegenden ist nach diesen Darstellungen wohl gleichermaßen mit Herausforderungen und Belastungen versehen. Oftmals gestalten sich die Begegnungen zwischen Angehörigen und Mitarbeitenden als problemlos. Dies geschieht wohl vor allen Dingen dann, wenn beide Beziehungspartner die Begegnung als Chance und Bereicherung annehmen und die gemeinsame Zielsetzung nicht aus den Augen verlieren.

Trotzdem scheint es auf der anderen Seite nahezu logisch, dass es bei dem Aufeinandertreffen von Vertretern dieser beiden Personengruppen im Alltag aber auch immer wieder zu Konflikten und schwierigen Begegnungen kommen kann. Genau dann, wenn die Situation auf beiden Seiten als schwierig und belastend angesehen und erlebt wird. Auf mögliche Quellen von Konflikten in diesem Zusammenhang wird im folgenden Kapitel eingegangen.

## **2.6 Konfliktfelder zwischen Angehörigen und professionell Pflegenden**

Eine eher grundsätzliche Problematik der auftretenden Schwierigkeiten zwischen Angehörigen und Mitarbeitenden liegt wohl darin, dass das familiäre und das professionelle Versorgungssystem andere Interessen verfolgen und jedem eine andere Logik zugrunde liegt. Die beiden Personengruppen haben eine unterschiedliche Perspektive auf den pflegebedürftigen Menschen (Kickbusch, 1981). Für die Mitarbeitenden ist dieser bestimmte Bewohner «nur» ein Teil ihrer gesam-

ten Aufgaben. Je höher der Zeitdruck und geringer die Ressourcen, desto mehr tritt die einzelne Person mit ihren ganz individuellen Bedürfnissen in den Hintergrund. Es gilt dann, Prioritäten so zu setzen, dass alle Beteiligten in gewisser Form zu ihrem Recht kommen. Für die Angehörigen aber sieht die Situation anders aus. Hier steht ein ganz bestimmter Mensch und die Wahrnehmung seiner individuellen Wünsche im Mittelpunkt von Denken und Handeln.

Diese Tatsache kann zu Missverständnissen auf beiden Seiten führen. Die Pflegenden empfinden die Ansprüche der Angehörigen als überhöht und können ihnen nicht gerecht werden, während die Angehörigen die Pflege als unzureichend erleben, da individuelle Bedürfnisse nicht ausreichend berücksichtigt werden. Dass beide Personengruppen das Wohlbefinden der Bewohner als oberstes Anliegen verfolgen, wird dabei schnell aus den Augen verloren.

Auch Faktoren wie Alter, Geschlecht, Bildung und kulturelle Hintergründe können im Alltag zu Schwierigkeiten und Unverständnis führen. Barker (1994) geht davon aus, dass zwei Personen sich besser verstehen, je ähnlicher sie einander in Bezug auf Werte und Sprache sind. Oft liegen aber mehrere Generationen zwischen Mitarbeitenden und Angehörigen, und die damit verbundenen unterschiedlichen Lebensvorstellungen können zu Kommunikationsproblemen, Missverständnissen und konfliktreichen Beziehungen führen (Fineman, 1992) und machen das Einander-Verstehen nicht einfach.

Unklare Aufgabenteilung und nicht definierte Zuständigkeiten zwischen den Professionellen und den Angehörigen (Schwartz & Vogel, 1990, Vinton & Mazza, 1994) lassen ebenfalls Konflikte entstehen. Oft sehen die Pflegenden das Leben im Heim als echte Alternative zum Leben zu Hause und wollen damit alle Verantwortlichkeiten unausgesprochen übernehmen – auch die, die Angehörige weiterhin bei sich selbst sehen (vgl. Pillemer et al. 1998). Es fehlt das Bewusstsein dafür, dass die emotionale Beziehung zwischen Heimbewohner und Angehörigen von keiner Institution ersetzt werden kann. Konkurrenzprobleme können dann die Folge sein. Wer kennt die zu betreuende Person besser und weiss genauer, was ihr jetzt gut täte? Diskussionen, die schließlich in mangelndem Vertrauen oder gar Misstrauen auf beiden Seiten enden.

Auch ist Fehlverhalten auf Seiten der Pflegenden (Iecovich, 2000) wie lautes Reden, Ausdruck von Ungeduld, Missachtung der Autonomie und Selbstbestimmung der Bewohner Anlass für Diskussionen und Auseinandersetzungen. Hier scheinen ein Mangel an Wissen, Akzeptanz, Verständnis für die Situation des anderen und festgefahrene Einstellungen oder gar Vorurteile eine entscheidende Rolle zu spielen.

Unzufriedenheit mit der Qualität und Angemessenheit der Pflege auf Seiten der Angehörigen lassen ebenfalls häufig Kontroversen entstehen. Immer dann, wenn Angehörige ihre Erwartungen in Bezug auf die Betreuung nicht erfüllt sehen, können Spannungen folgen (Vinton & Mazza, 1994). Konflikthafte Beziehungen haben oftmals auch ihren Ursprung in mangelhafter Information über einander. Sich gegenseitig zu informieren trägt zur Entwicklung von Verständnis für die anderen bei.

Oftmals leiden sowohl Angehörige wie auch Pflegende unter einem schlechten Gewissen. Die Angehörigen, weil sie die pflegebedürftige Person in fremde Hände geben mussten, die Pflegenden, weil sie den Bewohner nie so pflegen und betreuen können, wie es ihren eigenen Idealen entspräche. Die Anklage des jeweils anderen ist dann häufig die Folge.

Vielleicht müssen die professionell Pflegenden auch lernen, ihre Allmachtsvorstellungen von der Ausschliesslichkeit gegenüber den Bewohnern zurückzustellen, und akzeptieren lernen, dass es auch andere bedeutsame Personen gibt. Dabei ist entscheidend, dass sie die Angehörigen nicht als weitere Klientengruppe ansehen, sondern sie sollten als eine Art erfahrene Laienkollegen begriffen und ernst genommen werden (Steiner-Hummel, 1988).

Ganz sicher gibt es verschiedenste Gründe und Ursachen für Schwierigkeiten und Konflikte im Umgang mit Angehörigen, die eine gute Kooperation erschweren. Wichtig scheint das Bewusstsein dafür, dass es wohl in den seltensten Fällen nur eine Ursache gibt. Es braucht also das Wissen um die vielen verschiedenen Gründe und eine gute Diagnostik, um die Quelle für die aktuellen Spannungen benennen und gegebenenfalls zum Wohle aller Beteiligten, vor allem aber für den pflegebedürftigen Menschen, auch bearbeiten zu können. Wie wichtig in diesem Zusammenhang eine gute Angehörigenarbeit ist, soll im nächsten Abschnitt noch einmal beleuchtet werden.

## **2.7 Die Bedeutung von Angehörigenarbeit**

Die Zusammenarbeit mit Angehörigen ist in vielen Institutionen zu einer alltäglichen Aufgabe geworden. Immer mehr professionelle Pflegekonzepte geben vor, den alten Menschen mit seiner Biografie und in seinen sozialen Bezügen wahrzunehmen. Deshalb ist Angehörigenarbeit in der geriatrischen Langzeitpflege bereits seit längerer Zeit ein wichtiges und viel diskutiertes Thema. Die Annahme, dass Familien oder Angehörige ihre alten und pflegebedürftigen Verwandten in Heime geben und sich dann anschliessend nicht mehr um sie kümmern, ist längst überholt und widerlegt. Im Gegenteil, die Einweisung in eine Institution ist in den meisten Fällen erst dann möglich, wenn sich wirklich alle familialen und ambulanten öffentlichen Ressourcen erschöpft haben (Chenowetz & Spencer, 1986; Morycz, 1985).

Im Interesse der zu betreuenden Person ist die Arbeit mit Angehörigen vor allem auch deshalb entscheidend, weil sie diejenigen sind, die Informationen geben können, die den Mitarbeitenden wegen verloren gegangener Fähigkeiten einer beispielsweise dementen Person sonst verborgen blieben. Sie sind also neben dem Bewohner die wichtigste Informationsquelle für die Institution. Oftmals sind es nämlich genau diese Informationen, die das Bild von einer Person und ihren möglichen Bedürfnissen klarer werden lassen, was in der Folge zu einer qualitativ besseren und effizienteren Betreuung führen kann.

Gerade weil im Zentrum des Auftrags einer Institution die Pflege und Betreuung steht, verdienen die Angehörigen eine besondere Beachtung. Sie waren bis zum Eintritt für den Bewohner die Orientierung und ein entscheidender Halt in zunehmender Pflegebedürftigkeit. Diese Rolle wird in

fremder Umgebung und bei progredienter Entwicklung der Krankheit noch bedeutender. Die Angehörigen sollten trotz begrenzter Ressourcen ebenfalls unbedingt Berücksichtigung erfahren. Im Weiteren sind die Angehörigen für die Bewohner eine wichtige Verbindung zwischen der Welt, aus der diese kommen, und der neuen Lebenswelt Heim oder Institution. So ist das wichtigste Anliegen für Bewohner von Heimen das Aufrechterhalten ihrer Beziehung zu ihrem sozialen Umfeld (Harel, 1981). Angehörige bedeuten und bieten den Bewohnern emotionale Sicherheit durch die Kontinuität ihrer Beziehung und die erlebte Vertrautheit. Dabei spielt die Qualität der Beziehung eine untergeordnete Rolle – wichtig ist die Bekanntheit, wie diese Beziehung funktioniert. Durch ihr Kommen und ihre Integration bauen Angehörige eine Brücke zur Vergangenheit und sind ein lebendiger Beweis dafür, dass es ein Leben vor der Pflegebedürftigkeit gab. Dieses wiederum hilft das Selbstwertgefühl der Betroffenen zu erhalten und unterstützt das von Kitwood (2000) geforderte «Person-Sein». Gerade da, wo Sprache nach und nach verloren geht, gewinnt das Verstanden-werden ohne Worte, das Wissen, was die andere Person fühlt, denkt und sich wünscht, an existentieller Bedeutung.

Ein ebenso wichtiger Aspekt für die Integration von Angehörigen liegt in der Tatsache, dass sie die pflegebedürftige Person in der Regel, so lange es immer möglich war, zu Hause betreuten. Sie werden dadurch zu Expertinnen und Experten in der Pflege und Betreuung dieses speziellen Menschen. Durch dieses Erfahrungswissen stellen sie nicht nur eine grosse Ressource für die Bewohner, sondern eben auch für die Institution selbst dar. Der Rückgriff auf die Erfahrungen und dieses besondere Wissen kann für die Pflegenden eine Erleichterung ihrer Arbeit zur Folge haben. Die Beziehung zwischen den pflegenden Angehörigen und den professionell Helfenden ist für die Qualität der Pflege und Betreuung, und auch für das Wohlbefinden aller Beteiligten, von zentraler Wichtigkeit.

Aus der Perspektive der Institution gestaltet sich das Tätigkeitsfeld in der Betreuung gerade auch von dementen Menschen komplexer und anspruchsvoller, wodurch wiederum dem Austausch mit Angehörigen eine bedeutendere Rolle zukommt. Aber nicht nur die Komplexität, sondern auch die Zunahme der Demenzerkrankungen fordert einen vermehrten Einbezug der Angehörigen in die zu fällenden Entscheidungen.

Angehörigenarbeit ist demnach wichtig und muss weiter an Bedeutung gewinnen. Denn wenn das nicht geschieht, zeigt es sich im Alltag, dass die Betreuung der Angehörigen durch Eskalation einer Konfliktsituation oder durch die erlebte Überforderung des Personals, schließlich mehr Aufwand fordern kann, als die Pflege des Bewohners selbst. Es endet nicht selten in der Überforderung der Mitarbeitenden, die sich dann schnell in dem Spannungsfeld zwischen der Erfüllung ihres Hauptauftrages und der Beruhigung und Begleitung der Angehörigen befinden. Unzufriedenheit des Personals und Unzufriedenheit der Angehörigen sind oftmals die Folge.

Hält man sich das bisher Erwähnte genauer vor Augen, kommt man unweigerlich zu dem Schluss, dass es nicht reicht, die Wichtigkeit von Angehörigenarbeit zu deren Entlastung und auch zur Entlastung der Mitarbeitenden zu betonen. Es bedarf der genaueren Überlegungen darüber, wie eine

solche Angehörigenarbeit im Detail aussehen sollte, damit es in dieser Lebenssituation zu einer partnerschaftlichen Auseinandersetzung und zu einer aktiven Beziehungsgestaltung kommen kann. Dieses soll zum Abschluss des Theorieteils veranschaulicht werden.

## **2.8 Desiderate an ein Konzept zur Angehörigenarbeit**

Angehörigenarbeit geschieht auf irgendeine Weise in allen Institutionen. Auf verschiedenen Ebenen sind bereits wichtige Massnahmen zur Integration und Beteiligung von Angehörigen getroffen worden. So finden sich fast in allen Institutionen kaum noch Beschränkungen der Besuchszeit, es gibt Angehörigenabende oder spezielle Vorträge und Anlässe für Angehörige (Urlaub, 1995). In Abhängigkeit zur Grösse eines Heims reichen weitere Angebote von der Möglichkeit zum gemeinsamen Mittagessen über Informationsveranstaltungen bis hin zu Beteiligung in der Pflege. Über solche oder ähnliche konkreten Angebote hinaus geschieht Angehörigenarbeit im Alltag in den meisten Institutionen aber trotzdem eher situativ, nämlich dann, wenn Angehörige eine gewisse Betreuung einfordern oder der Bedarf auf andere Weise offensichtlich wird. Man könnte vielleicht umgangssprachlich sagen, der gute Wille und Ansätze sind sicherlich nahezu überall vorhanden, aber in den meisten Fällen steckt die Angehörigenarbeit noch in den Kinderschuhen und bedarf einer Professionalisierung. Es scheint nicht ganz einfach, am richtigen Punkt anzusetzen.

Die Bedürfnisse und das Rollenverständnis der Angehörigen sind oft sehr unterschiedlich. Die gesichtete Literatur gibt in verschiedener Hinsicht Anhaltspunkte darüber, was mögliche und wichtige Bestandteile der institutionellen Angehörigenarbeit sein sollten. So wird beispielsweise Wert auf eine gute Informationspolitik, auf die Integration der Angehörigen und die Klärung der Verantwortungsbereiche gelegt. Aspekte, denen man in unterschiedlicher Ausprägung wohl in vielen Institutionen gerecht zu werden versucht. Und doch ist Angehörigenarbeit in vielen Fällen der individuellen Motivation und Kompetenz der Mitarbeitenden überlassen.

Beim Blick in die Praxis lässt sich vermuten, dass es zunächst an Perspektivenübernahme und entsprechenden konzeptionellen Vorstellungen zur Arbeit mit Angehörigen fehlt. Es wird vieles getan, häufig aber ohne ein wirkliches Konzept und die notwendigen Strukturen. Ohne Strukturen in einer Institution aber wird Angehörigenarbeit weder effizient noch funktional für alle Beteiligten, im Gegenteil, sie wird zu einer zusätzlichen Belastung. Um Angehörigenarbeit zu professionalisieren und im Betrieb so zu implementieren, dass sie im Alltag nicht mehr wegzudenken ist, sollten verschiedene Bedingungen erfüllt sein, auf die im Folgenden eingegangen wird.

### **2.8.1 Betriebliche Bedingungen**

Grundsätzlich gilt es wohl zunächst, die verschiedenen Haltungen als gegeben und über viele Jahre gewachsen hinzunehmen. Eine Institution und damit alle Mitarbeitenden müssen sich bewusst machen, dass Angehörige keine homogene Gruppe sind. Im Gegenteil: Wir haben es hier mit ei-

ner äusserst heterogenen Zielgruppe zu tun, wenn man nur die Varianz des Alters, der Verwandtschaftsgrade und der emotionalen Bindungen an den Bewohner betrachtet. Hinzu kommen aber noch die individuellen Lebensumstände und die daraus resultierenden Erwartungen an die Institution. Angehörigen sind zwar Betroffene einer ähnlichen Situation, die Informationen und zum Teil Entlastung benötigen, aber sie sind nicht zwangsläufig Klientin oder Co-Patient, sondern sie sind und bleiben eigenständige Persönlichkeiten. Nur mit einer solchen Haltung kann in Zukunft aus einem immer noch bestehenden asymmetrischen Verhältnis eine wirklich partnerschaftliche Zusammenarbeit entstehen. Der Ansatz der Partnerschaft zwischen Angehörigen und Mitarbeitenden ist für eine Institution ein wichtiges Mittel zur Erreichung einer qualitativ hochstehenden Pflege und Betreuung (Penning & Keating, 2000).

Angehörigenarbeit sollte so in die Betriebskultur eingepasst werden, dass sie klare Strukturen hat. Es sollte zum Beispiel zu den geplanten inhaltlichen Angeboten ganz transparent festgelegt werden, an wen sie sich richten, wer für die Planung und Durchführung zuständig und verantwortlich ist, welche Zielsetzungen damit verfolgt werden und wie häufig die Angebote zur Verfügung stehen. Es braucht innerbetrieblich festgelegte, verbindliche Vorgaben, so dass ein gewisser Verpflichtungsgrad erreicht wird, um der Zufälligkeit und manchmal auch der Willkür ein Stück entgegenzuwirken. Eine Studie des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (2000) konnte zeigen, dass eine verbesserte Zusammenarbeit mit Angehörigen auch die Beziehung zu ihnen verbesserte und die Mitarbeitenden entlastet waren. Erst strukturierte Angebote für Angehörige binden diese an die Institution.

Weiterhin ist es von Bedeutung, dass beide Seiten, Betrieb und Angehörige, beteiligt sind. Angehörigenarbeit kann nicht heissen, dass ausschliesslich von Seiten der Mitarbeitenden Angebote gemacht werden. Auch die Angehörigen selber müssen bereit sein, ihren Teil zu einer guten und produktiven Zusammenarbeit beizutragen. Nicht in allen Punkten, aber doch an gewissen Stellen, müssen auch sie eine Bereitschaft zur Verpflichtung mitbringen, damit Abläufe zum Wohle der Bewohner trotz Integration von Angehörigen reibungslos funktionieren können. Das heisst Angehörigenarbeit muss verstanden werden als eine Form der Beziehungsarbeit mit Beteiligung beider Beziehungspartner, und nicht als reines Dienstleistungsangebot des Betriebes für die Angehörigen.

Die Kultur einer Institution und deren Ressourcen geben gewisse Grenzen für ein Konzept für Angehörigenarbeit vor. Es ist von hoher Wichtigkeit, diese zu berücksichtigen. Angehörigenarbeit sollte nicht von aussen gesteuert und bestimmt werden, sondern muss aus der betrieblichen Kultur entstehen und wachsen, so dass sie angepasst ist an bestehende Ressourcen der Institution. Nur wenn Angehörigenarbeit ökonomisch gestaltet wird, hat sie eine Chance, im Alltag gelebt zu werden. Es ist sicher unbestritten, dass es immer einen neuen und zusätzlichen Aufwand bedeutet, ein Konzept zu erarbeiten und dieses umzusetzen. Aber für die langfristige Implementierung ist es wichtig, dass die eingesetzten Ressourcen und Mittel auch einen entsprechenden Nutzen für alle Beteiligten bringen.



### 2.8.2 Konzeptuelle Bedingungen

Die Inhalte und Angebote sind sicher variabel und unbedingt den betrieblichen Möglichkeiten anzupassen. Trotzdem sollte versucht werden, gewisse Aspekte zu berücksichtigen. Ganz grundsätzlich ist eine wichtige Voraussetzung für eine gut funktionierende Angehörigenarbeit, dass alle Angebote ausreichend bekannt und niederschwellig genug sind, so dass Angehörige ohne grossen Aufwand davon Gebrauch machen können. Da sich die Gruppe der Angehörigen durch eine grosse Heterogenität auszeichnet, lässt sich annehmen, dass auch die Bedürfnisse der Angehörigen sehr unterschiedlich sind. Deshalb ist es sinnvoll, Angebote mit einer grossen Vielfalt zu gestalten und den Angehörigen in Selbstverantwortung zu überlassen, welche der Angebote für sie die richtigen und unterstützenden sind. Neben der Vielfalt erscheint ebenso wichtig, dass die Angebote vor kritischen Phasen ansetzen. Es sollte bei der Konzeptualisierung also der gesamte Heimaufenthalt mit seinen verschiedenen besonders kritischen Momenten bedacht werden. Wenn wirklich etwas für Angehörige getan werden soll, dann nicht als einmalige Veranstaltung, sondern immer unter dem Gesichtspunkt eines begleitenden Prozesses. Dabei sind Interventionen vor allem am Anfang, rund um den Eintritt, von besonderer Bedeutung, die dann schließlich in eine kontinuierliche Begleitung münden sollten (Zarit & Whitlatch, 1993).

#### *Gegenseitiges Verständnis und Respekt schaffen*

Ein erster Schritt zu einer guten Interaktion zwischen Angehörigen und Mitarbeitenden ist, gegenseitiges Verständnis und Respekt zu schaffen für die Lebenserfahrung und den sozialen Kontext der jeweils anderen Seite. Eine offene Grundhaltung innerhalb der Institution ist wohl die Basis für die Möglichkeit einer guten Zusammenarbeit.

Mitarbeitende benötigen Wissen über die Belastungssituation von Angehörigen, und auch Angehörige müssen Respekt vor der Kultur, der Kompetenz und Individualität der professionell Pflegenden und deren Beziehung zu den Bewohnenden entwickeln können (Tobin, 1995). Es muss darum gehen, Einstellungen und Stereotype zu verändern und das Kommunikationsverhalten der Mitarbeitenden zu verbessern, gerade weil Pflege oftmals ein Aushandlungsprozess ist, der hohe kommunikative Kompetenzen erfordert. Das bedingt selbstverständlich auch, die Kanäle für Kommunikation zu prüfen und gegebenenfalls zu optimieren (Iecovich, 2000). Wenn Angehörige sich in ihrer Situation ernst genommen fühlen, entwickeln sie auch mehr Verständnis für vielleicht auftretende Fehler. Andererseits sind Mitarbeitende, die über ausreichende Kenntnis über die Situation von Angehörigen verfügen und gleichzeitig auf ein Hintergrundwissen über die Wirksamkeit von integrativen Massnahmen zurückgreifen können, motiviert, ein wirklich partnerschaftliches Verhältnis mit Angehörigen einzugehen (George & George, 2003). Es ist bekannt, dass es eines der wichtigsten Anliegen von Angehörigen ist, enger mit den professionell Pflegenden zusammenzuarbeiten (Russel & Foreman, 2002; Pillemer et al., 1998).

### *Klärung der Erwartungen und Rollen*

Allerdings bedingt eine partnerschaftliche Zusammenarbeit auch eine Klärung der verschiedenen Erwartungen und Rollen, die dann auch von beiden Seiten akzeptiert wird. Der Eintritt in eine Institution verlagert de facto viele Verantwortlichkeiten von der Familie auf die Institution, trotzdem sind die Rollen und der Grad der Verantwortlichkeit vielfach unklar. So schreiben Angehörige zwar dem Personal Verantwortung für bestimmte Aufgaben zu, fühlen sich aber selbst dafür verantwortlich, die Ausführung und Effektivität der Massnahmen zu beurteilen (Bowers, 1988). Unterschiedliche Meinungen darüber, was in der Pflege wichtig ist, führen oft zu Konflikten. Da den Angehörigen die psychische Betreuung der Bewohner sehr viel bedeutet, beobachten sie in der Folge eben nicht nur, was man für jemanden tut, sondern vor allem, wie diese Dinge getan werden.

Unterschiedliche Erwartungen benötigen ein klärendes Gespräch, um weitere Quellen für Stress und Unzufriedenheit auszuschalten (Vinton & Mazza, 1994). Wichtig scheint an diesem Punkt, dass es hier nicht um eine strikte Aufgabenteilung gehen kann, sondern dass Aufgaben und Verantwortung miteinander verwoben bleiben müssen. Gerade weil Angehörige bestimmte Vorstellungen von selbsterhaltender Pflege haben, aber nicht immer anwesend sein können, ist ein gemeinschaftliches Wahrnehmen der Betreuung wichtiger als eine Arbeitsteilung. Die Aufteilung von Aufgaben reflektiert keineswegs wirkliche Partnerschaft, sondern eine erfolgreiche Zusammenarbeit muss auf gemeinsamen Perspektiven, Zielsetzungen und einem ähnlichen Verständnis für die Situation basieren (Tilse, 1997a). Diese gemeinsamen Perspektiven lassen sich nur finden, indem in Gesprächen eine Bereitschaft zur Auseinandersetzung immer wieder neu signalisiert und erarbeitet wird.

### *Angehörigengruppen*

Damit Angehörigenarbeit prozessbegleitend stattfindet, sollten weitere Angebote zur Entlastung überlegt werden. Internationale Studien kommen in der Frage der Belastungsverarbeitung pflegender Angehöriger zu der Schlussfolgerung, dass belastungsreduzierende und damit gesundheitsfördernde Bewältigungsreaktionen problemorientiertes Coping, Problemanalysen, Informationssuche, realistische Sicht und Akzeptieren der Pflegesituation sind (Cox & Ephross, 1989; Monohan, 1995). Ebenso wird die positive Wirkung von sozialer Unterstützung durch Studien bestätigt (Stommel, Given & Given, 1990). Angehörigengruppen zeigen in diesem Zusammenhang eine positive Wirkung.

Von den Angehörigen wurde vor allem der Austausch mit anderen, die mit ähnlichen Problemen konfrontiert sind, Informationen über Krankheiten und das Kennenlernen neuer Lösungswege als bedeutsame Aspekte benannt. Die Gruppenleitung beobachtet in erster Linie eine erweiterte Kompetenz im Umgang mit dem zu Pflegenden und die emotionale Entlastung der Angehörigen. Solche Gruppen können in einer Institution auch dann, wenn der grösste Teil der Betreuung von professionell Pflegenden übernommen wird, sehr hilfreich für die Angehörigen sein. Sie hätten hier die Gelegenheit, die neuen Herausforderungen, die durch den Heimeintritt auf sie zukom-

men, mit ähnlich Betroffenen auszutauschen und sich damit möglicherweise emotional zu entlasten. Gruppen können zudem helfen, Familien in ihrer neuen Rolle oder sogar der Rollenfindung zu unterstützen, Stress abzubauen, Besuchsanleitung zu geben und die Interaktion mit den Mitarbeitenden zu erleichtern (Cox & Ephross, 1989).

#### *Einladung zu Gesprächen und Austausch*

Angehörige benötigen vielfach Unterstützung bei der Anpassungsleistung der Veränderung der Beziehung und in der Fürsorge für den Bewohner (Kellet, 2000). Diese soziale und emotionale Unterstützung kann nicht nur in Gruppen, sondern auch durch regelmässige Gespräche mit einer pflegerischen Bezugsperson angeboten werden. Dabei spielen Freundlichkeit, Verständnis und die echte Gesprächsbereitschaft eine entscheidende Rolle. Angehörige wollen sich nicht allein fühlen und brauchen eine Einladung, um sich öffnen zu können. Eine Ansprechperson zu kennen und in den Begegnungen das Gefühl von Echtheit und Freiwilligkeit spüren zu dürfen, ist oft ein Bedürfnis von Angehörigen. Sie möchten erleben, dass Fachkräfte ihnen zur Seite stehen *wollen*. Die professionell Pflegenden sollten sichtbar und erkennbar sein als Mitverantwortliche und Mitsorgende. Familien möchten willkommen geheissen werden und Respekt erleben für das, was sie bisher geleistet haben, und für ihr Expertenwissen, das sie mitbringen (Tornatore & Grant, 2004).

#### *Gestaltung der Besuche*

Die regelmässigen Besuche der Angehörigen können gerade auch zu Beginn sehr unterschiedliche emotionale Reaktionen hervorrufen. Sie können entlasten vom schlechten Gewissen, sie können aber auch belastend sein, dadurch, dass der Angehörige sich als Störfaktor erlebt oder aber mit vielen anderen Schicksalen konfrontiert sieht. Deshalb müssen Angehörige sich an die Routine in einer Institution gewöhnen können. Sie müssen vertraut werden dürfen mit den Mitarbeitenden und den Abläufen, und sie müssen, wie bereits oben erwähnt, ihre Abgrenzung zu der professionellen Tätigkeit kennenlernen. Hilfreich ist es hier mitzuhelfen, Besuche sinnvoll zu gestalten (Ross, Carswell & Dalziel, 2001). Dabei benötigen Angehörige die Erlaubnis, kommen und auch wieder gehen zu dürfen. Das kann den Druck vermindern und reduziert die Angst, die Routine zu stören.

#### *Beteiligung bei der Pflege, Übernahme von Verantwortung*

Wenn man nach weiteren Faktoren sucht, die den Übergang in diese neue Situation erleichtern, kann unter anderem auch das Gefühl, ein bestimmtes Mass an Kontrolle über eine Situation zu haben, entlastend wirken (Morgan & Zimmermann, 1990). Auch an diesem Punkt kann ein Konzept zur Angehörigenarbeit ansetzen. Das Kontrollerleben der Angehörigen könnte beispielsweise beeinflusst werden durch die Teilnahme an der Pflege, durch ein genaues Kennen des Pflege-teams und durch die Möglichkeit, Verantwortung übernehmen zu dürfen.

Die Beteiligung an der praktischen Pflege kann erleichtern, das Selbstwertgefühl einer dementen Person zu erhalten und die Schuld- und Schamgefühle und die Besorgnis der Angehörigen zu re-

duzieren. Die Zufriedenheit mit der Betreuung steigt durch ein Sich-mit-einbezogen-Fühlen und Sich-beteiligen-Können (Maier-Schmitz & Tomasini, 2000).

Außerdem kann die Beteiligung an der Pflege bei der Bewältigung der Krise des Heimeintritts hilfreich sein (Kellett, 1999). Die Integration kann Schuldgefühle der Angehörigen reduzieren und auch ihr Verhalten gegenüber den Mitarbeitenden positiv beeinflussen. So sollten Familien eingebunden sein in die Planung und nach Möglichkeit auch in die Durchführung der Pflege. Dabei können sie einzelne Aufgaben übernehmen wie einfach bei einer Mahlzeit dabei sein und damit auch beispielsweise einer von Demenz betroffenen Person Halt und Orientierung ermöglichen.

An dieser Stelle soll ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass Familienmitglieder aber selbst darüber entscheiden müssen, wie viel und worin sie sich engagieren wollen – die richtige Balance kann nur gefunden werden, indem man sie teilnehmen lässt und die Teilnahme gemeinsam evaluiert. Eine Institution kann nur das Angebot und die notwendigen Strukturen schaffen. Das Engagement der Angehörigen muss freiwillig bleiben, und es ist darauf zu achten, jeglichen moralischen Druck, der wieder zu vermehrten Schuldgefühlen führen könnte, zu vermeiden.

### *Offene, reziproke Kommunikation und Information*

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die transparente und offene Kommunikation und Information. In der Begegnung mit Angehörigen ist spürbar, dass die Angehörigen von heute informiert sein wollen, Mitsprache einfordern und ein deutlich höheres Anspruchsniveau haben als früher. Sie wünschen offene Informationen, auch über negative Veränderungen.

Das Personal, das manchmal aus einem Schutzverhalten heraus Informationen zurückhält, muss sich bewusst sein, dass nicht informieren auch heisst, nicht zu integrieren und damit unter Umständen ein wichtiger Prozess für den Bewohner, aber auch für die Angehörigen verhindert wird. Angehörige wollen aber nicht nur informiert werden, sondern auch ihre Informationen abgeben können. Es muss also immer um einen reziproken Austausch von Informationen gehen. Hier kommt dem Erstgespräch eine grosse Bedeutung zu. Es dient sicher dem Beziehungsaufbau und zur emotionalen Entlastung, aber auch dazu, sich gegenseitig zu informieren, Fakten aus der Biografie und die Möglichkeiten der Integration zu besprechen (Ross et al., 2001). Für Angehörige von dementen Menschen ist von besonderer Wichtigkeit, bereits zu erwartende Probleme, die in der Zukunft auftreten können, anzusprechen und festzulegen, wie dann zum gegebenen Zeitpunkt damit umgegangen werden soll (Held & Ermini-Fünfschilling, 2000).

Die Gesprächstermine sollten individuell vereinbart werden, da Sprechstunden gerade von Berufstätigen wenig genutzt werden können und die «zwischen-Tür-und-Angel-Gespräche» nicht wirklich hilfreich sind. Das Sich-Einlassen am Anfang erspart später Zeit und Nerven, weil sich Vertrauen bilden kann, und das motiviert, die Toleranz für den einen oder anderen Fehler, der tatsächlich passiert, zu erhöhen. Hinzu kommt, dass gemeinsame Gespräche darüber, was für den Bewohner gut ist, deutlich auf das gemeinsame Ziel hinweisen; auch dieses fördert Vertrauen und Verständnis auf beiden Seiten. Da wenig Kommunikation der Grund für die Entwicklung von

Misstrauen ist und das Gefühl von geringer Einflussnahmemöglichkeit verstärkt (Herzberg & Ekman, 2000), sollten Orte und Ereignisse für einen kontinuierlichen Austausch geschaffen werden. Gleichzeitig sollten Strukturen vorhanden sein, in denen es möglich ist, Informationen über institutionelle Veränderungen oder Projekte an die Angehörigen zu geben. Regelmässige Angehörigenabende oder Versand von Informationsbroschüren sind in der Praxis als bewährte Instrumente bereits weit verbreitet.

#### *Gewähren einer Privatsphäre*

Eine andere Massnahme sollte die maximale Berücksichtigung der Privatsphäre der Angehörigen mit dem Bewohner sein, um die Beziehung fortführen zu können, ohne sich den Blicken und Fragen von fremden Menschen aussetzen zu müssen. Zu viele Ehepartnerinnen und -partner geben an, dass ihre Beziehung durch den Heimeintritt beeinträchtigt wurde (Wright, 2000). Da gilt es, Möglichkeiten zu schaffen, um die zwangsläufig veränderte Beziehung unter möglichst optimalen Bedingungen leben zu können.

#### *Pflegen einer Abschiedskultur*

Das endgültige Loslassen stellt noch einmal eine ganz besondere Herausforderung für die Angehörigen dar. Den vielen Fragen und Ängsten zum Thema Tod und Sterben kann durch eine institutionelle Abschiedskultur Rechnung getragen werden. In der Zeit des Sterbens die Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen ernst zu nehmen, sie zu integrieren und Angehörige in der Ambivalenz ihrer Gefühle auszuhalten und zu begleiten, ist ebenfalls eine Herausforderung, die nicht einfach ad hoc bewältigt werden kann. Auch hier ist es notwendig, den Abschied von Beginn an in Haltung und Struktur einzubetten.

### **2.8.3 Unterstützung der Mitarbeitenden**

Angehörigenarbeit darf nicht nur eine Einführung von Angeboten und Hilfsmitteln sein, sondern sie fordert ebenso ein Überdenken der eigenen Haltungen und Einstellungen und in manchen Fällen auch eine Veränderung in diesen Bereichen. Daraus ergibt es sich fast von selbst, dass die Mitarbeitenden in der Umsetzung ausreichend unterstützt und auch geschult werden müssen. Wissen darüber, in welcher Situation Angehörige sich befinden, was sie beschäftigt und belastet, ist für einen Perspektivenwechsel und eine Reflektion der eigenen Haltung für die Mitarbeitenden wichtig und hilfreich. Fortbildung, Beratung und Unterstützung der Mitarbeitenden in der Angehörigenarbeit ist damit ebenfalls ein unerlässlicher Bestandteil einer guten Angehörigenarbeit.

#### *Gelebte Leitbilder*

Ganz grundsätzlich ist es wichtig, qualitätsfördernd und hilfreich für das Pflegepersonal, wenn in der Institution ein Leitbild vorhanden ist. Sich an gemeinsamen Werthaltungen orientieren zu können oder diese sogar in einem gemeinsamen Prozess erarbeiten zu können, fördert die Identi-

fikation mit dem Arbeitsplatz und stärkt die Teambildung. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass Leitbilder und Konzepte, die nicht gelebt und unterstützt werden, ihren Sinn und ihre Wirkung verlieren. Wenn man die Planung und die Entwicklung von Konzepten und Leitbildern ins Auge fasst, sollte man auf Bestehendes zurückgreifen und den Prozess nur in Anpassung an die personellen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen angehen, damit eine Praxisumsetzung wirklich realistisch wird.

Bei der Einführung neuer Mitarbeitender ist darauf zu achten, dass neben der Bekanntmachung mit der Organisation und den einzelnen Dienstbereichen genauso entscheidend die Einführung in die dem Leitbild zugrunde liegenden Werte und Zielsetzungen ist. Nur so kann von Beginn an auch bei neuen Mitarbeitenden der Prozess der Identifikation mit der Institution in Gang gesetzt werden.

### *Fort- und Weiterbildung*

Eine andere wichtige unterstützende Massnahme für die Pflegenden ist die Fortbildung. Es ist entscheidend, dass zum einen ausreichend Basiswissen über Angehörige und die verschiedenen Belastungen, denen sie ausgesetzt sind, vermittelt wird. Auf der anderen Seite ist es ebenso wichtig, dass die Mitarbeitenden lernen, ihr eigenes Verhalten gegenüber Angehörigen und in speziellen Konfliktsituationen zu reflektieren und auch zu verändern. Der Entwicklung von inneren Einstellungen und Fertigkeiten, die für eine gute Beziehung zu Angehörigen notwendig sind, wurde bisher nur sehr wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Eine Institution, der Angehörigenarbeit wichtig ist, muss den Mitarbeitenden die Möglichkeit geben, genau an diesen persönlichen Fähigkeiten auch arbeiten zu können.

Unabhängig davon, ob Fortbildungsmöglichkeiten intern angeboten und besucht werden oder einzelne Mitarbeitende an externen Kursen teilnehmen, eines Coachings zur Umsetzung des Gelernten bedarf es auf jeden Fall. Dieses zu organisieren und anzubieten liegt in der Verantwortung der Vorgesetzten.

Genauso sollte Wert auf spezielle Fortbildungsangebote im Bereich von Kommunikation gelegt werden. Es wurde in den voranstehenden Kapiteln mehrfach auf die Bedeutung der kommunikativen Fähigkeiten nicht nur im Umgang mit Bewohnern, sondern auch mit ihren Angehörigen hingewiesen. Damit sich die Mitarbeitenden den anspruchsvollen Aufgaben gewachsen fühlen können, sollte die Institution auch das Angebot zur Kompetenzerweiterung machen.

### *Rapport, Fallbesprechung, Teamentwicklung*

Der tägliche Rapport kann einen Beitrag zur Steigerung der Reflexionsfähigkeit leisten, indem sich die Betreuungspersonen auch darüber austauschen können, was sie im Alltag erleben und was das in ihnen selbst auslöst.

Zusätzlich aber sind weitere Gefässe nötig. So können Teamsitzungen zur Teamentwicklung mit verbesserter Kommunikation untereinander einen entlastenden Charakter haben. Befähigung des

Teams zu einem Klima, das getragen wird von gegenseitiger Wertschätzung und gegenseitigem Respekt, kommt in der Folge auch den Bewohnern und den Angehörigen zugute.

Unter Begleitung einer externen Fachperson könnte beispielsweise in regelmässigen Abständen die Situation einzelner Angehöriger besprochen und reflektiert werden. Bei dieser Art von Fallbesprechungen scheint zentral, dass nicht nur das Verhalten der betroffenen Person, sondern auch das Verhalten des Pflorgeteams beleuchtet und reflektiert wird.

### *Supervision*

Psycho-Hygiene als präventive Massnahme in Form von Beschäftigung mit der eigenen Person ist für die Pflegenden in der Langzeitpflege besonders wichtig. Diese Art von Betreuung ist ein Prozess, in dem die Pflegenden nicht allein gelassen werden dürfen. Auch hier sollte eine Fachperson zur Verfügung gestellt werden.

### *Wertschätzung durch die Vorgesetzten*

Schliesslich sei noch darauf hingewiesen, dass die Arbeit mit alten, oftmals dementen Personen und ihren Angehörigen eine der anspruchsvollsten Aufgaben im Gesundheitswesen ist. Dafür gebührt auch den professionell Pflegenden jeglicher Respekt und vor allen Dingen Wertschätzung, nicht zuletzt auch durch ihre Vorgesetzten.

Abschliessend soll noch einmal deutlich gemacht werden, dass nicht einzelne Massnahmen wichtig sind, sondern dass es grundsätzlich der Kompetenz bedarf, auf die Vielfalt von Anliegen und Bedürfnissen reagieren zu können. Die Entwicklung eines Konzepts mit einem differentiellen Angebot an Unterstützungsmassnahmen auf der Zeitachse von der Entscheidung zum Eintritt bis zum Todesfall, aus dem der Angehörige für sich selbst das Geeignete wählt, kann in der komplexen Situation für den Angehörigen hilfreich sein und in der Institution zur Konfliktvermeidung und besseren Integration der Angehörigen als Ressource beitragen. Dabei sollten sowohl psycho-educative Massnahmen wie auch psycho-soziale Unterstützung und die Möglichkeit zur aktiven Beteiligung ins Auge gefasst werden. Wenn bei der Umsetzung besonderer Wert auf die Schulung und Begleitung der Mitarbeitenden aller Dienstbereiche gelegt wird, erst dann kann aus einer Begegnung mit Angehörigen eine Arbeit für und mit Angehörigen werden.

In einem regelmässigen und kontinuierlichen Kontakt sollten die eingeführten Angebote immer wieder überprüft und wenn nötig angepasst werden. Eine gewisse Dynamik und Flexibilität ist ebenfalls eine wichtige Bedingung für eine an die Bedürfnisse der Angehörigen angepasste Zusammenarbeit mit ihnen.

## ***Zusammenfassung***

Herausfordernde oder belastende Momente sind existentielle Bestandteile des menschlichen Lebens. Über den Lebenslauf wird jedes Individuum immer wieder mit Situationen konfrontiert, die es vor die Wahl stellen, diese als Problem oder aber als Chance wahrzunehmen und zu bewältigen. Dabei bestimmen persönliche Einstellungen und Ressourcen die Wahrnehmung der Situation deutlich mit. Gelingt es schwierige Ereignisse des Lebens als Herausforderungen anzunehmen und einen positiv konstruktiven Umgang damit zu finden, wird sich das Belastungserleben bewältigbaren Grenzen halten.

Wenn Menschen pflegebedürftig werden, ist ihr Umfeld mit einem ganz neuen Sachverhalt konfrontiert, der sich für einige als Herausforderung oder Pflicht, und für andere als Belastung darstellt. Ebenso erleben Mitarbeitende in der Langzeitpflege die Begegnung mit Angehörigen eher als Chance und Bereicherung, während andere darin eine zusätzliche Anforderung zum eigentlichen Auftrag sehen.

In den meisten Fällen gestalten sich diese neu zu knüpfenden Beziehungen als vorsichtig, aber komplikationslos und werden letzten Endes positiv erlebt. Allerdings gibt es daneben auch die Begegnungen, die als schwierig, angespannt bis hin zu konfliktbeladen geschildert werden. Diese überschatten dann häufig das zuvor beschriebene offene und kooperative Miteinander. Deshalb wurde das vorliegende Pilotprojekt ins Leben gerufen. Es besteht die Absicht, für die eher belasteten Beziehungen und Begegnungen, Unterstützung und Entlastung anzubieten. Wobei Eigenverantwortung und aktive Mitgestaltung von beiden Beziehungspartnern als wichtiges Element einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit eingefordert wird.

Das Pilotprojekt „Angehörige als zentrale Partner in der institutionellen Altersarbeit“ will versuchen Angehörigenarbeit mit einem Konzept, das die dargestellten theoretischen Hintergründe berücksichtigt, zu professionalisieren. Die Vorgehensweise in der Organisation des Projekts, die genauen Inhalte des Konzepts und seine Umsetzung, und schliesslich die empirische Überprüfung des gesamten Prozesses sind Inhalt der nächsten Kapitel.



### **3. Organisation des Projekts**

#### **„Angehörige als zentrale Partner in der institutionellen Altersarbeit“**

Nach den theoretischen Ausführungen soll im folgenden Kapitel die Organisation des Projekts und die Projektstruktur dargestellt werden.

#### **3.1. Beschreibung der Ausgangslage**

Die Psychologische Beratungsstelle des Zentrums für Gerontologie der Universität Zürich hat in Zusammenarbeit mit dem Pflegezentrum Käferberg das vorliegende Pilotprojekt zum Thema Angehörigenarbeit durchgeführt. Hierbei handelte es sich um ein modellhaftes Erarbeiten eines Konzepts für eine strukturierte und bedürfnisorientierte Angehörigenarbeit, auf der Basis der unter Kap. 2.8 formulierten Desiderate. Die Umsetzung erfolgte in einer stationären geriatrischen Einrichtung, gefolgt von der anschliessenden Evaluation des Konzepts. Das Pflegezentrum Käferberg ist eines von 10 Pflegezentren der Stadt Zürich. Es verfügt über 273 Pflegebetten in Pflegeabteilungen, Wohngruppen und einer Temporärabteilung.

Die Psychologische Beratungsstelle LiA, Leben im Alter, ist eine sich selbst tragende Institution des Zentrums für Gerontologie, die es sich zum Auftrag gemacht hat, psychologische Beratung rund um das Thema Alter zur Verfügung zu stellen. Dazu gehört auch Mitarbeitende, Angehörige und Bewohner in den Pflegezentren der Stadt Zürich psychologisch zu begleiten und beraten. Der nahezu tägliche Kontakt zu Bewohnern und Angehörigen, das genaue Kennenlernen der verschiedenen Problemfelder und der regelmässige Austausch mit den Verantwortlichen der Institution führten schliesslich zur Idee dieses Pilotprojekts. Die Direktion der Pflegezentren als Auftraggeberin setzte zum Ziel, dass das evaluierte Konzept nach Abschluss des Pilotprojekts in den anderen Pflegezentren der Stadt Zürich eingeführt werden könnte.

#### **3.2. Die Projektleitung**

Da das gesamte Projekt in Kooperation zwischen der Psychologischen Beratungsstelle und den Pflegezentren der Stadt Zürich im Pflegezentrum Käferberg durchgeführt wurde, sollten die beteiligten Institutionen in dem Projektleitungsgremium vertreten sein. Deshalb setzte sich dieses wie folgt zusammen: Die hauptverantwortliche Projektleitung hatte die Leiterin der Beratungsstelle LiA der Universität Zürich. Der Betriebsleiter des Pflegezentrums Käferberg und die Leiterin der Fachstelle für Angehörigenarbeit der Pflegezentren waren die beiden Mitglieder des Projektleitungsgremiums.

### 3.3. Die Projektziele

Innerhalb des Projektleitungsgremiums wurden zum Start des Projekts wichtige Zielsetzungen aus institutioneller Sicht sowohl für die Bewohner wie auch für die Angehörigen und die Mitarbeitenden formuliert. Obwohl eine direkte Integration der Bewohner in das Projekt oder die Evaluation des Konzepts von Beginn an aus ökonomischen Gesichtspunkten und Machbarkeitsgründen ausgeschlossen wurde, steht doch das Wohlbefinden der Bewohner als Zielsetzung an erster Stelle. Es wird davon ausgegangen, dass eine verbesserte Integration der Angehörigen letztlich dem Bewohner zugute kommt. Hauptzielgruppe des Projekts sind aber die Angehörigen und die Mitarbeitenden, die das zu erarbeitende Konzept in ihren Alltag integrieren müssen. So entstanden die nachstehend aufgeführten Zielsetzungen dieses Pilotprojekts:

- a) Das Wohlbefinden der Bewohner im Pflegezentrum ist gewährleistet.
- b) Die Zufriedenheit und Integration der Angehörigen der Bewohner im Pflegezentrum ist gewährleistet.
  - Die Angehörigen der Bewohner des Pflegezentrums erhalten die notwendigen Informationen und differentielle Angebote zur Bewältigung ihrer Situation im Betrieb.
  - Die Angehörigenarbeit im Pflegezentrum ist professionalisiert und in ihrer zentralen Rolle gestärkt.
  - Die Angehörigen des Pflegezentrums sind in die Entscheidungsabläufe ihrer Bewohner miteinbezogen.
- c) Die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden mit direktem Kontakt zu Angehörigen ist sichergestellt.
  - Mitarbeitende mit direktem Kontakt zu Angehörigen sind befähigt, mit den Angehörigen einen adäquaten und kundenorientierten Umgang zu pflegen.
- d) Die Qualität des Dienstleistungsangebots wird fortlaufend überprüft und verbessert.

### 3.4. Die Projektgruppe

Die einzelnen Mitglieder der Projektgruppe wurden von der Projektleitung persönlich angefragt und bei Einverständnis in die Gruppe aufgenommen. Bei der Zusammensetzung wurde vor allem auf die Kriterien der Interdisziplinarität und der Verantwortlichkeit Wert gelegt. Das sollte das Projekt möglichst breit abstützen und die Akzeptanz für die Umsetzung von Beginn an erhöhen, so dass das Konzept bei der Einführung auch von den beteiligten Bereichen unterstützt werden konnte. Ausser dem Projektleitungsgremium gehörten der Projektgruppe folgende Personen an: Leitung Pflege mit vier Personen, die Qualitätsbeauftragte, der leitende Arzt und ein Assistenzarzt, die Leitung der Administration, die Leitung der Hauswirtschaft, der reformierte Seelsorger, drei Abteilungsleitungen der Pflege, ein Mitarbeiter der Ökonomie und zwei Angehörige.

### **3.5. Die Projektdokumentation**

Die Projektleitung stellte eine umfassende Dokumentation der einzelnen Projektschritte sicher. Die einzelnen Arbeitsausschüsse legten dazu nach den Sitzungen jeweils ein Beschlussprotokoll vor. Von der hauptverantwortlichen Projektleitung wurde dann jeweils ein Gesamtprotokoll der Sitzungen zusammengestellt und mit Aufträgen zur Vorbereitung der folgenden Sitzung an alle Projektgruppenmitglieder verschickt.

### **3.6. Die Sitzungsstruktur**

Die vier Sitzungen der Projektgruppe folgten einer von der Projektleitung vorgegebenen Struktur. Nach einer kurzen Begrüssung und Besprechung eventuell aufgetretener Unklarheiten wurden in verschiedenen Arbeitsausschüssen die vorgegebenen Arbeitsaufträge bearbeitet (siehe auch Kapitel 4.1). Die Ergebnisse wurden auf einer Folie ganz kurz zusammengefasst und schliesslich im Plenum von einem Mitglied des Arbeitsausschusses präsentiert. So sollte der Informationsstand der Projektgruppe darüber, was in den anderen Arbeitsausschüssen erarbeitet wurde, jeweils abgeglichen werden. Während der Arbeit in den Arbeitsausschüssen stand die Projektleitung jeder Gruppe für einen begrenzten Zeitraum zur Verfügung, um Fragen zu klären oder sonstige Unterstützung anzubieten. Am Ende der Sitzung wurde von jedem Mitglied ein Stimmungsbarometer zur Beurteilung der Sitzung ausgefüllt und abgegeben.

### **3.7. Der Projektzeitplan**

Die Laufzeit des gesamten Projekts begann mit dem Start der Projektgruppe im September 2003 und endete mit der Abgabe des Berichts im Dezember 2005. Die Projektgruppe hat im September 2003 ihre Arbeit aufgenommen. Unmittelbar vor der Umsetzung des Konzepts in die Praxis wurde im März 2004 die erste Datenerhebung durchgeführt. Von Mitte April 2004 bis Januar 2005 wurden die einzelnen Angebote des Konzepts schrittweise im Betrieb eingeführt. Danach erfolgte im Februar 2005 die zweite Datenerhebung und im Anschluss an die Datenanalyse wurde im Dezember 2005 der Abschlussbericht an die Direktion der Pflegezentren der Stadt Zürich abgegeben. Das Projekt lässt sich im Wesentlichen in die 4 folgenden Phasen (siehe Abbildung 2) einteilen.

#### *1. Organisationsphase*

In dieser Phase wurde zunächst von der externen Projektleitung und dem Betriebsleiter des Pflegezentrum Käferberg die Idee für dieses Pilotprojekt entwickelt und skizziert. Anschliessend wurde durch einen Kooperationsvertrag zwischen der Universität Zürich und den Pflegezentren der Stadt Zürich die Finanzierung sichergestellt. Nach genauer Planung der Vorgehensweise wurde die Projektgruppe zusammengestellt und angefragt.

## 2. Konzeptphase

In der Konzeptphase wurde mit der interdisziplinären Projektgruppe das eigentliche Projekt aufgenommen. In den vier geplanten Projektsitzungen wurden die Inhalte zur Angehörigenarbeit mit vielen einzelnen Massnahmen zusammengestellt und im Übergang zur Umsetzungsphase dann vor der Projektleitung zu einem Konzept zusammengefügt.

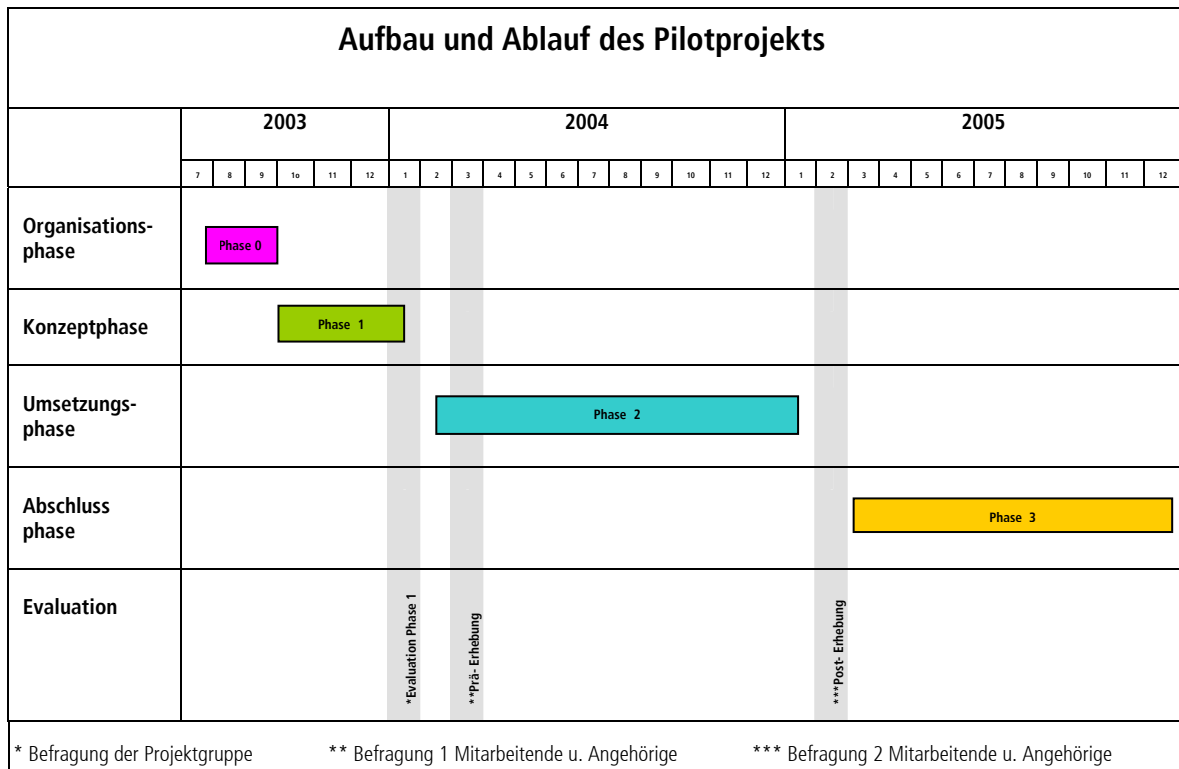


Abb. 2: Zeitlicher Ablauf der verschiedenen Phasen des Pilotprojekts und die Folge der Evaluationsschritte

## 3. Umsetzungsphase

Zu Beginn der Umsetzungsphase wurde diese noch im Detail vorbereitet. Dazu gehörte beispielsweise das Zusammenstellen diverser Checklisten für Gespräche und die Klärung verschiedenster Fragestellungen für den betrieblichen Ablauf. Danach wurden die erarbeiteten Massnahmen in die Praxis eingeführt. Die Mitarbeitenden wurden gemäss eigens erstelltem Schulungskonzept fortgebildet und begleitet.

## 4. Abschlussphase

Nach der Datenauswertung wurden die Ergebnisse zunächst den Angehörigen und dann den Mitarbeitenden bekanntgemacht. Mit einem Rückblick auf die Projektphase mit den Hauptverantwortlichen und dem Verfassen eines Abschlussberichts für die Auftraggeber wurde das Projekt beendet und in die Linie des Betriebes überführt.

## **4. Das Konzept zur Angehörigenarbeit**

### **Information – Unterstützung und Entlastung – Kooperation und Integration**

Im folgenden Kapitel soll die Erarbeitung des Konzepts vor allem inhaltlich dargestellt werden. Eine kurze Skizzierung der vier Sitzungen der Projektgruppe bildet den Anfang. Daran anschließend werden die Konzeptinhalte mit der theoretischen Ausgangslage, dem formulierten Soll-Zustand und den jeweils daraus abgeleiteten konkreten Massnahmen für das Pflegezentrum Käferberg vorgestellt.

### **4.1 Die Konzepterstellung und Ausarbeitung**

Das Angehörigenkonzept wurde aufgrund der Zielsetzungen für Angehörige und Mitarbeitende erarbeitet. Die unter 2.8 formulierten Desiderate an ein Konzept zu Angehörigenarbeit bildeten die Grundlage der Zusammenstellung einer differenziellen Angebotspalette vom Zeitpunkt vor dem Eintritt bis nach Austritt aus dem Pflegezentrum Käferberg, aus der die Angehörigen jeweils selbst das für sie passende Element oder die für sie passenden Elemente wählen können.

Bevor die Projektgruppe ihre Arbeit aufnahm, wurden von dem Projektleitungsgremium aufgrund von Literaturstudium und Alltagsexpertise inhaltliche Schwerpunkte des zukünftigen Konzepts festgelegt. In sieben thematisch verschiedenen Arbeitsausschüssen, die sich aus der Projektgruppe rekrutierten, wurden die Angebote erarbeitet. Die einzelnen Arbeitsausschüsse erhielten bei Projektstart konkrete Arbeitsaufträge, die sie in vier Sitzungen erfüllten (siehe Anhang A).

#### *Projektsitzung 1*

In der ersten Sitzung wurde die Gruppe in das Projekt eingeführt, indem zunächst noch einmal auf die im Leitbild formulierten Werthaltungen des Pflegezentrums hingewiesen wurde. Anschliessend wurden die Projektziele und das Vorgehen im Projekt bekannt gegeben und diskutiert. Die Mitglieder der Projektgruppe erhielten Informationen zum Zeitplan, zur Sitzungsstruktur und zum schrittweisen Vorgehen in den Arbeitsausschüssen. Die Projektleitung machte den Grundsatz, mit einem vertretbaren Aufwand ein möglichst optimales Projektergebnis zu erzielen, für alle deutlich. Nach der Einführung und Klärung offener Fragen nahmen die Arbeitsausschüsse ihre Aufträge entgegen. Der Schwerpunkt der Sitzung lag auf der Klärung des vorgegebenen Ziels. Jeder Arbeitsausschuss sollte zunächst ein gemeinsames Verständnis der Zielsetzung erarbeiten.

#### *Projektsitzung 2*

Da zwischen den beiden Sitzungen noch Fragen zum Vorgehen aufgetaucht waren, wurde zu Beginn der zweiten Sitzung noch einmal ein Überblick über das gesamte Projekt, so wie es von der Projektleitung geplant war, gegeben. Anschliessend nahmen die Arbeitsausschüsse ihre Arbeit

auf und versuchten den Ist-Zustand im Pflegezentrum Käferberg in Bezug auf die formulierten Zielsetzungen zu erarbeiten.

### *Projektsitzung 3*

In der dritten Sitzung gab die hauptverantwortliche Projektleitung einen kurzen theoretischen Input aufgrund aktueller Literatur zur Angehörigenarbeit. Die Arbeitsausschüsse vervollständigten anschliessend die Ist-Zustände und begannen dann mit der Formulierung des Soll-Zustands. Wie auch in den vorhergehenden Sitzungen wurden jeweils am Ende im Plenum die Ergebnisse vorgestellt und Schnittstellen zwischen den einzelnen Ausschüssen bereinigt.

### *Projektsitzung 4*

Für die letzte Zusammenkunft der Projektgruppe hatte die Projektleitung alle erarbeiteten Unterlagen zusammengestellt und die Arbeitsausschüsse erhielten den Auftrag, ihre Ergebnisse noch einmal kritisch zu überprüfen und Massnahmen zur operativen Umsetzungen abzuleiten, sofern dieses noch nicht erfolgt war. Im Plenum wurde das Erarbeitete vorgestellt. Zum Abschluss wurde allen Beteiligten für die engagierte Arbeit gedankt und die Projektarbeit zur Konzepterstellung abgeschlossen.

Die Projektleitung übernahm dann nach Abschluss der Projektarbeit die Aufgabe, aus der Fülle des erarbeiteten Materials ein Konzept zusammenzustellen. In Feinarbeit wurde nun entschieden, welche Massnahmen durch wen und wann umgesetzt werden können.

## **4.2 Die Konzeptinhalte**

### **4.2.1 Vorinformation und Begleitung beim Eintritt, Integration in den Alltag der Bewohner und Nachbetreuung nach einem Sterbefall (Arbeitsausschuss 1)**

#### ***Ausgangslage***

Der Eintritt ist nicht nur für den zukünftigen Bewohner, sondern auch für die Angehörigen ein einschneidendes und kritisches Erlebnis (Zarit & Whitlatch, 1993). Es ist eine Situation, die viele klare Entscheidungen fordert und zugleich eine hohe emotionale Belastung darstellen kann. Eine gezielte Vorinformation über alle relevanten Dinge zur Vorbereitung (Lazarus, 1981) und die Begleitung der Angehörigen in dieser schwierigen Phase kann die Bewältigung der vielen Anforderungen fördern.

Ein grosser Teil der Angehörigen war vor dem Eintritt zum Teil für die Pflege und Betreuung zuständig. Durch den Eintritt werden diese Personen nicht nur entlastet, sondern manchmal auch einer wichtigen Aufgabe beraubt (Wilz et al., 1999). Die Folge ist dann häufig, dass sie immer wieder ihre Unzufriedenheit über die pflegerischen Verrichtungen im Heim äussern und übermässig kritisieren. Sie müssen ausserdem lernen, auch anderen fremden Menschen, die Pflege ihres Bewohners zuzutrauen. Angehörigen, die dies als Belastung erleben, könnte die Situation erleich-

tert werden, indem sie die Möglichkeit erhalten, sich weiterhin in umschriebenem Masse im Alltag zu engagieren und an der Pflege zu beteiligen (Maier-Schmitz & Tomasini, 2000).

In einem begrenzten Rahmen benötigen die Angehörigen auch nach einem Sterbefall noch Betreuung. Das Loslassen des Bewohners, aber auch der Institution ist vor allem nach mehrjährigem Aufenthalt und regelmässigen Kontakten nicht einfach. Im Rahmen einer Nachbetreuung lassen sich durchaus auch Angehörige finden, die sich für die Freiwilligenarbeit eignen.

### ***Soll-Zustand***

Die Mitglieder des Arbeitsausschusses formulierten nach einer Ist-Analyse den nachstehenden Soll-Zustand

- Die Institution bestimmt eine geeignete Person, die Angehörige vom Eintritt bis nach Austritt in regelmässigen Abständen kontaktiert und begleitet oder an andere zuständige Stellen weiterverweist.
- Es besteht ein Qualitätsstandard zur Integration der Angehörigen in den Betriebsalltag

### ***Erarbeitete konkrete Massnahmen zur Umsetzung im Pflegezentrum Käferberg (PZK)***

Der Arbeitsausschuss stellte für das PZK konkrete Massnahmen zur Umsetzung in die Praxis zusammen, um die vorgegebene Zielsetzung und den Soll-Zustand zu erreichen.

- Heimbeseichtigung  
Die Angehörigen haben nach terminlicher Absprache die Möglichkeit, die Institution zu besuchen und dabei gleichzeitig mehr über die Kultur, die Philosophie und die verschiedenen Konzepte des Pflegezentrums zu erfahren.
- Begleitung Angehöriger vom Eintritt bis nach Austritt  
Die Abteilungsleitung (in Abwesenheit ihre Stellvertretung) der Station, in die der Bewohner eintritt, ist zuständig für die Begleitung der Angehörigen vom Eintritt bis nach Austritt des Bewohners. Sie gilt als Ansprechperson für die Angehörigen und führt in regelmässigen Abständen geplante und terminierte Gespräche mit den Angehörigen anhand vorgegebener Checklisten durch. Zielsetzung bei dieser Massnahme ist es, eine kontinuierliche Begleitung sicherzustellen, die mit der Begrüssung am Eintrittstag beginnt und nach Austritt mit einer Rückschau endet. Inhaltlich geht es in diesen Gesprächen um die persönliche Befindlichkeit der Angehörigen. So können frühzeitig kritische Situationen erkannt und Unterstützung zur Verfügung gestellt oder empfohlen werden.
- Integration in Betreuung und Pflege  
Die Integration der Angehörigen in den Betriebsalltag wird seitens des Pflegezentrums Käferbergs gewünscht, gezielt geplant und umgesetzt. Angehörige entscheiden frei, wann, wie viel und ob sie sich an der Pflege und Betreuung des Bewohners beteiligen möchten. Eine Nichtbeteiligung an der Betreuung und Pflege wird selbstverständlich vollumfänglich akzeptiert. Es

geht an dieser Stelle darum, die Angehörigen in ihrer Bedeutung als Expertinnen und Experten für die Pflege und Betreuung einer bestimmten Person anzuerkennen.

Zuständig für die Integration der Angehörigen in Betreuung und Pflege ist die Bezugsperson des betreffenden Bewohners. Innerhalb der ersten zwei Wochen wird das Bedürfnis des Angehörigen nach Integration und Engagement in Betreuung und Pflege erfragt (gekoppelt mit dem Erstgespräch der Abteilungsleiterin).

Es wird deutlich darauf hingewiesen, dass es nicht um eine Entlastung des Pflegepersonals geht, sondern einzig um die Integration des Angehörigen, sofern er selber es wünscht. Grundsätzlich können nach einer gemeinsamen Einschätzung der Situation alle betreuerischen und pflegerischen, nicht medizinisch verordneten Handlungen von Angehörigen übernommen werden, wenn nötig unter Anleitung der Pflegenden. Die Schulung der Angehörigen in der direkten Pflege erfolgt individuell und je nach Bedarf (z.B. Benutzung des Badelifts), sie wird gezielt geplant und elektronisch dokumentiert. Gemeinsam wird der bisherige Einsatz der Angehörigen nach vier Wochen evaluiert und nötigenfalls angepasst.

#### **4.2.2 Informationsveranstaltungen und Anlässe für Angehörige (Arbeitsausschuss 2)**

##### ***Ausgangslage***

Angehörige haben in der Regel erst einmal ein gewisses Misstrauen der neuen Institution gegenüber. Sie befinden sich in einer Umbruchphase und bedürfen eines stützenden Korsetts von außen. Hier ist die Informationskultur von besonderer Bedeutung. Information gibt Sicherheit, und Sicherheit ist wichtig, um Vertrauen fassen zu können. Deshalb sollte auf allen Ebenen möglichst transparent über Neuerungen, Konzepte und Kultur der Institution informiert werden.

Durch die räumliche Trennung der Angehörigen von dem Bewohner ist die Gestaltung der Beziehung deutlich erschwert. Krankheitsbilder, die mit einem totalen oder progredienten Sprachverlust einhergehen, stellen darin noch einmal eine ganz besondere Herausforderung dar. Die Besuche so zu gestalten, dass Beziehungserleben überhaupt noch möglich ist, liegt meist ganz in der Verantwortung der Angehörigen und führt auch bei ihnen zu einer Überforderung (Ross, Corswell & Dalziel, 2001). Nur selten können sie nach einem Besuch mit guten Gefühlen oder gar entlastet nach Hause gehen.

Positive Erlebnisse für den Bewohner mit seinen Angehörigen zu schaffen, sollte das Wohlbefinden und die Zufriedenheit beider fördern. Möglichkeiten für Feste oder kulturelle und andere Anlässe im Betrieb können den Angehörigen ermöglichen, trotz getrennter Lebenswelten, für sich und ihren Nächsten ein Gefühl der Gemeinsamkeit zu schaffen.



### ***Soll-Zustand***

Der Arbeitsausschuss formulierte nach vorgenommener Ist-Analyse folgenden Sollzustand:

- Es gibt einen Standard für den Informationsfluss zwischen den Angehörigen und der Institution, in dem die verschiedenen Informationswege, die Arten der Information und ihre Adressaten geregelt sind.
- Es gibt ein koordiniertes Veranstaltungskonzept für Anlässe auf betrieblicher und stationärer Ebene, die den Angehörigen und den Bewohnern auch gemeinsame Erlebnisse ermöglichen.

### ***Erarbeitete konkrete Massnahmen zur Umsetzung im PZK***

Der Arbeitsausschuss 2 legte folgende konkrete Massnahmen zur Umsetzung im Pflegezentrum Käferberg vor:

#### a) Informationsfluss

- Informationsmappe Betrieb  
Zum Zeitpunkt des Eintritts erhalten die Angehörigen und der Bewohner von der Patientenadministration eine Informationsmappe des PZK. Darin befinden sich alle wichtigen Anlaufstellen des Pflegezentrums und diverse Broschüren zu speziellen Angeboten.
- Informationsmappe Abteilung  
Ebenfalls am Eintrittstag gibt die Abteilungsleitung eine Informationsmappe mit dem Konzept der Abteilung und dem Jahresplan der Aktivitäten an die Angehörigen ab.
- Betriebszeitung  
Mehrmals im Jahr wird die Betriebszeitung „Käferberg aktuell“ allen Angehörigen, Rechnungsempfängern und sonstigen Bezugspersonen der Bewohner zugestellt. So soll Transparenz geschaffen werden und den Angehörigen die Möglichkeit gegeben werden, sich über aktuelle Themen zu orientieren.
- Angehörigenabende Betrieb  
Der Betriebsleiter lädt die Angehörigen zweimal im Jahr zu einem Informationsanlass ein, um über aktuelle gesamtbetriebliche Entwicklungen und Projekte zu informieren und allen Beteiligten die Möglichkeit für einen Austausch zu geben.
- Angehörigenabende Abteilung  
Parallel zum Angehörigenabend des Betriebs werden ebenfalls zweimal im Jahr Angehörigenabende auf den Abteilungen durchgeführt. Das gibt der Abteilungsleitung die Möglichkeit, aktuelle abteilungsspezifische Informationen abzugeben und fördert eine offene und transparente Kommunikation zwischen Team und Angehörigen.

- Begrüssungsanlass für Neueingetretene  
Alle Neueingetretenen Angehörigen erhalten zweimal jährlich einen Einblick in die Betriebskultur. Sie lernen den Betriebsleiter und weitere wichtige Ansprechpartner kennen. Die Angehörigen erhalten wichtige Informationen über den Betrieb und ein Update aus den Inhalten des letzten betrieblichen Angehörigenabends.
- Anschlagbrett Betrieb  
Mit einem Anschlagbrett des Betriebes werden Angehörige und andere Besucher laufend schriftlich durch die Administration über geplante betriebliche Veranstaltungen oder andere Neuerungen informiert.
- Anschlagbrett Abteilung  
Mit einem Anschlagbrett der Abteilung werden Angehörige und andere Besucher laufend schriftlich durch die Abteilungsleitung über geplante Veranstaltungen oder andere aktuelle abteilungsspezifische Neuerungen informiert.
- Versand  
Einmal im Monat können dem Versand der Rechnung aktuelles Informationsmaterial oder spezielle Einladungen beigelegt werden.

b) Kulturanlässe auf betrieblicher Ebene

- Vernissagen  
Mehrmals jährlich werden durch die Betriebsleitung Vernissagen zu kulturellen Anlässen organisiert. Dazu werden Angehörige und Bewohner gleichermassen eingeladen.
- Geburtstagskaffee  
Jeden Monat gibt es das Angebot eines Geburtstagskaffeetrinkens von der Aktivierungstherapie zur gemeinsamen Feier und zur Integration der Angehörigen.
- Sommerfest  
Im Sommer findet jeweils ein grosses Sommerfest für alle Beteiligten statt. Die Betriebsleitung lädt Bewohner, Angehörige und Mitarbeitende zu dem gemeinsamen Erlebnis ein.
- Candlelightdinner  
Im Herbst erhalten die Angehörigen von der Betriebsleitung eine Einladung zu einem Candlelightdinner mit den Bewohnern.

- Kulturnachmittage  
Zweimal im Monat werden von der Aktivierungstherapie Nachmittage mit kulturellen Inhalten für Bewohner und Angehörige organisiert. Es gibt literarische, musikalische oder tänzerische Beiträge.
  - Begegnungsveranstaltungen  
Regelmässig organisiert die Aktivierungstherapie in Zusammenarbeit mit der Betriebsleitung Kinderaufführungen, Wellnessstage oder ähnliche Veranstaltungen.
- c) Kulturanlässe auf Abteilungsebene
- Alle Abteilungen bieten ein Jahresaktivitätenprogramm an. Darin sind die Anzahl der Veranstaltungen und die Art der Anlässe, die auf der Abteilung durchgeführt werden, definiert. Der Jahresveranstaltungsplan der Abteilung ist mit den Betriebsanlässen abgestimmt. Das Abteilungsprogramm liegt Anfang des Jahres vor und wird den Bewohnern und Angehörigen zusätzlich beim Eintritt abgegeben, damit sie sich die Termine frühzeitig reservieren können.
- Abteilungsveranstaltungen  
Die Abteilungen organisieren zweimal im Jahr einen Anlass für gemeinsames Erleben, z. B. Tanznachmittag, Osterbrunch, Muttertagsbuffet oder Ähnliches.
  - Ausflüge  
In Abstimmung mit betrieblichen Ressourcen und in der Vernetzung mit anderen Abteilungen können von den Abteilungen Ausflüge für gemeinsame Erlebnisse ausserhalb des Pflegezentrums geplant und durchgeführt werden.
  - Benefizanlässe  
Im Weiteren haben die Abteilungen in Absprache mit dem Betriebsleiter die Möglichkeit, Benefizveranstaltungen, an denen eigens hergestellte Produkte verkauft werden, zu organisieren (z.B. Osterverkauf).

#### **4.2.3 Wissens- und Kompetenzmanagement für Angehörige (Arbeitsausschuss 3)**

##### ***Ausgangslage***

Angehörige haben oft Erwartungen an die Betreuung und Pflege ihres Bewohners, die über das Mögliche und Machbare hinausgehen. Diese Erwartungen entstehen nicht einzig aus einem Mangel an Information über die vorhandenen Ressourcen, sondern sie entstehen oftmals vor allem aus mangelndem Wissen über das Krankheitsbild und die damit verbundenen Zusammenhänge in

der Betreuungsarbeit. Dieses erschwert zum einen den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zwischen Angehörigen und Mitarbeitenden und zum anderen führt es immer wieder zu einer Überforderung aller Beteiligten (Vinton & Mazza, 1995). Schulung und Fortbildung von Angehörigen kann helfen, Zusammenhänge besser zu verstehen, Kompetenzen im Umgang mit dem Bewohner zu erweitern und allenfalls aktives Mitwirken in der Betreuung zu fördern.

### ***Soll-Zustand***

Der Arbeitsausschuss formulierte nach vorgenommener Ist-Analyse folgenden Soll-Zustand:

- Den Angehörigen steht ein Angebot zur Wissensvermittlung auf praktischer und theoretischer Ebene zur Verfügung, in das sowohl individuelle Anleitung als auch Gruppenveranstaltungen und Lernmöglichkeiten im Alltag integriert werden.

### ***Erarbeitete konkrete Massnahmen zur Umsetzung im PZK***

Es wurden folgende konkrete Massnahmen zur Zielerreichung im Pflegezentrum Käferberg umgesetzt.

#### a) Praktische Wissensvermittlung

- Integrationstag

Ab der 2. Woche nach Eintritt haben die Angehörigen die Möglichkeit, praktische Erfahrungen in der Pflege und Betreuung des eigenen Angehörigen zu machen. Der Angehörige wird von der pflegerischen Bezugsperson angeleitet und begleitet und in sämtliche Aktivitäten einbezogen. Der Einsatz wird vorbesprochen und ausgewertet.

#### b) Theoretische Wissensvermittlung

- Bibliothek

Es soll in Zukunft eine Bibliothek mit ausgewählter Fachliteratur für Angehörige zur Verfügung gestellt werden.

- Vorträge

4 – 6 x jährlich finden Vorträge zu ausgewählten Themen für Angehörige und freiwillig Mitarbeitende statt.

- Seminare

In vierteljährlichen Abständen findet an einem Samstagvormittag ein Angehörigenseminar zur praktischen und theoretischen Wissenserweiterung statt. Die Themen sind festgelegt und wiederholen sich im jährlichen Turnus.

#### 4.2.4 Ärztliche Kontaktpflege (Arbeitsausschuss 4)

##### ***Ausgangslage***

Die Pflege, Betreuung und medizinische Versorgung eines Menschen in fremde Hände zu geben, stellt für einige Angehörigen eine schwierige Aufgabe dar. Oftmals fehlt gerade zu Beginn das nötige Vertrauen. Nach oft jahrelanger Beziehung zum Hausarzt ist nun jemand anders zuständig. Nicht selten treten bei Eintritt oder auch später neue medizinische Probleme auf, die auch beim Angehörigen zu Fragen und Schwierigkeiten führen. In dieser Situation sind die Erreichbarkeit des Arztes und ein regelmässiger Austausch hilfreich. Die Angehörigen sollten die Möglichkeit erhalten, direkt mit der Ärzteschaft einen Kontakt zu pflegen, der ihnen hilft, ihre Fragen und Unsicherheiten in Bezug auf die medizinische Behandlung zu klären.

##### ***Soll-Zustand***

Die Mitglieder des Arbeitsausschusses formulierten zu diesem Thema folgenden Soll-Zustand:

- Es besteht ein Standard zur Regelung der Kontaktgefässe, der Kontakthäufigkeiten und zu den möglichen Inhalten der Kontakte zwischen Arzt und Angehörigen.

##### ***Erarbeitete konkrete Massnahmen zur Umsetzung im PZK***

Es wurden folgende konkrete Massnahmen zur Zielerreichung im Pflegezentrum Käferberg umgesetzt.

- Begrüssung  
Am Eintrittstag werden der Bewohner und seine Angehörigen auf der Abteilung vom zuständigen Arzt begrüsst. Sie lernen den Arzt kennen und werden über das weitere Vorgehen informiert. Sie erhalten dabei auch einen Leitfaden zur Erreichbarkeit des Arztes.
- Ärztliches Eintrittsgespräch  
In den ersten 3–6 Wochen findet im Arztbüro oder Sitzungszimmer ein ärztliches Eintrittsgespräch statt. In Anwesenheit von Arzt, Angehörigen, Bewohner und pflegerischer Bezugsperson wird das Behandlungs- und Betreuungskonzept besprochen. Dabei spielen die Krankengeschichte, die Pflegedokumentation und eine mögliche Patientenvereinbarung eine bedeutende Rolle.
- Akute Veränderungen  
Bei akuten oder wesentlichen Veränderungen des Beurteilungsberichts oder der medizinischen Therapie nimmt der Arzt Kontakt mit den Angehörigen auf, sodass diese über den aktuellen medizinischen Verlauf regelmässig informiert sind. In dem Gespräch geht es um die Mitteilung der Information über akute Veränderungen und die Besprechung des weiteren Vorgehens.

- **Medizinische Begleitung in der Sterbephase**  
Sobald der Sterbeprozess absehbar wird, organisiert der Arzt ein Gespräch mit den Angehörigen, der Abteilungsleitung und der pflegerischen Bezugsperson. Die Angehörigen sollen während der Sterbephase des Bewohners adäquat begleitet, unterstützt und integriert werden. Deshalb werden interdisziplinär Absprachen über den Betreuungs- und Behandlungsplan getroffen und Vereinbarungen über den weiteren Informationsaustausch festgelegt. Nach dem Tod des Bewohners kann auf Wunsch der Angehörigen der Arzt zu einem weiteren Gespräch kontaktiert werden.
- **Telefonsprechstunde**  
Es wird eine Telefonsprechstunde mit festgelegten Zeiten eingeführt, in denen der ärztliche Dienst für kurze Fragen oder Terminabsprachen für die Angehörigen erreichbar ist.
- **Leitfaden zur Erreichbarkeit des ärztlichen Dienstes**  
In dem Leitfaden, den die Angehörigen bei Eintritt erhalten, ist ersichtlich, wann und wo der ärztliche Dienst für sie erreichbar ist.

#### **4.2.5 Psychologisch begleitete Angehörigengruppen (Arbeitsausschuss 5)**

##### ***Ausgangslage***

Internationale Studien kommen in der Frage der Belastungsverarbeitung pflegender Angehöriger zu dem Ergebnis, dass belastungsreduzierende und damit gesundheitsfördernde Bewältigungsreaktionen problemorientiertes Coping, Problemanalysen, Informationssuche, realistische Sicht und Akzeptieren der Pflegesituation sind. Die positive Wirkung von sozialer Unterstützung wird durch zahlreiche Studien bestätigt (z.B. Stommel, Given & Given, 1990). Auf dieser Erkenntnisbasis sind diverse Angehörigengruppen und Angehörigenschulungen speziell für Demenzkranke ausserhalb von Institutionen ins Leben gerufen worden. Die Wirksamkeit dieser Gruppen wird sowohl von den Angehörigen als auch von den Gruppenleitungen übereinstimmend positiv beurteilt. An dieser Stelle scheint es sinnvoll, ein ähnliches Angebot auch institutionsintern zur Besprechung und Verarbeitung der spezifischen Problematik des Angehörigen-Seins anzubieten (Cox & Ephross, 1989).

##### ***Soll-Zustand:***

- Den Angehörigen steht eine psychologisch begleitete Angehörigengruppe zur freiwilligen, aber verbindlichen Teilnahme zur Verfügung.

### ***Erarbeitete konkrete Massnahmen zur Umsetzung im PZK***

Es wurden folgende konkrete Massnahmen zur Zielerreichung im Pflegezentrum Käferberg umgesetzt:

- **Inbetriebnahme**

Die Angehörigengruppen liefen bei Projektbeginn bereits erfolgreich. Aufgrund der Nachfrage konnte eine Gruppe für Ehe- und Lebenspartner und eine weitere für Töchter und Söhne gebildet werden. Die Gruppen treffen sich im Vier-Wochen-Rhythmus und besprechen aktuelle Probleme der Teilnehmenden.

- **Regelung der Rekrutierung neuer Mitglieder**

Der ärztliche Dienst und das obere Pflegekader sind für die Rekrutierung neuer Mitglieder zuständig, um freie Plätze möglichst kontinuierlich wieder zu besetzen. Dazu wird das Angebot im Erstgespräch zunächst thematisiert, und den Angehörigen wird eine Broschüre abgeben. In Problemsituationen macht der Arzt die Angehörigen noch einmal auf die Gruppen aufmerksam. Zusätzlich erscheint regelmässig ein Inserat in der Betriebszeitung.

#### **4.2.6 Bildung der Mitarbeitenden zur Angehörigenarbeit (Arbeitsausschuss 6)**

##### ***Ausgangslage***

In der Zusammenarbeit von Mitarbeitenden und Angehörigen entstehen immer wieder Missverständnisse und schwierige Situationen, die nicht selten in einem Konflikt enden, der eine besondere Klärung, manchmal unter Einbezug einer dritten unparteiischen Instanz erfordert. Die gegenseitigen oft unerfüllten Erwartungen (Vinton & Mazza, 1994) bleiben dabei unausgesprochen und führen letztlich zu Missverständnissen. Mitarbeitende nehmen Kritik oft persönlich, geraten in eine Beurteilungs- oder Abwehrposition. Die Angehörigen fühlen sich missverstanden und haben das Gefühl, unerwünscht zu sein. Mangelndes Wissen über die Belastungssituation der Angehörigen und fehlende Empathie auf Seiten der Mitarbeitenden können die Zusammenarbeit deutlich erschweren (Tobin, 1995). Ein gewisses Mass an Hintergrundwissen kann die Motivation zu einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit positiv beeinflussen (George & George, 2003). Schulung, deren Inhalt darauf aufbaut und die ein besonderes Gewicht auf ein kundenorientiertes Verhalten und Auftreten sowie auf den Umgang in anspruchsvollen Situationen legt, kann die Kompetenz der Mitarbeitenden im Einbezug der Angehörigen in Entscheide und im Aushandeln von Lösungen stärken.

##### ***Soll-Zustand***

Der nachstehende Soll-Zustand wurde von dem Arbeitsausschuss zu diesem Thema formuliert.

- Bedeutung und Stellenwert der Angehörigenarbeit wird im Alltag mit unterschiedlichen Mitteln und Methoden bewusst gemacht.

- Den Mitarbeitenden steht ein Angebot zur Wissenserweiterung zur Angehörigenarbeit zur Verfügung.

### ***Erarbeitete konkrete Massnahmen zur Umsetzung im PZK***

Es wurden folgende Mittel und Methoden zur Bewusstmachung von Bedeutung und Stellenwert der Angehörigenarbeit sowie zur Wissenserweiterung zusammengestellt:

- Stellenbeschreibung/Anforderungsprofil  
In den Stellenbeschreibungen und dem Anforderungsprofil der Mitarbeitenden ist die Angehörigenarbeit explizit als Aufgabe aufgeführt.
- Rekrutierung  
Das äussere Erscheinungsbild, die Umgangsformen, das Verhalten und die Kleidung gehören mit zu den Einstellungskriterien. Angehörigenarbeit wird bereits bei der Rekrutierung als wichtiger Auftrag des Pflegezentrums bekannt gemacht und Einstellungen und Erfahrungen zu Angehörigenarbeit werden beim ersten Kontakt erfragt.
- Einführungstag für neue Mitarbeitende  
Angehörigenarbeit wird im Rahmen des Einführungstages als wichtiger Auftrag des Pflegezentrums bekannt gemacht.
- Einführungsgespräch  
Innerhalb der ersten 14 Tage findet ein Einführungsgespräch zwischen dem neuen Mitarbeitenden und der Abteilungsleitung statt. Der neue Mitarbeitende erhält von den Vorgesetzten notwendige Informationen zur Klärung von Aufgaben und Erwartungen in Bezug auf Angehörigenarbeit.
- Mitarbeiterbeurteilung  
Angehörigenarbeit ist Bestandteil der jährlichen Qualifikation und Zielvereinbarung.
- Verschiedene Konzepte  
Angehörigenarbeit und deren Einbezug ist als Leistungsauftrag in allen strategischen Papieren formuliert.

### Angebote zur Wissenserweiterung

- Coaching  
Die Mitarbeitenden können bei der direkten Vorgesetzten praktische und individuelle Begleitung in Problemsituationen einfordern. Nach einer gemeinsamen Problemanalyse erhalten sie Beratung und Unterstützung bei der Umsetzung der geplanten Massnahmen.



- Angehörigenrapporte  
Alle 14 Tage findet an einem festgelegten Wochentag unter Leitung der Abteilungsleitung mit dem diensthabenden Pfllegeteam ein Rapport zu einer Angehörigensituation statt. Die Kompetenzsteigerung der Mitarbeitenden und die Verhaltenssicherheit im Umgang mit Angehörigen sind zugrundeliegende Zielsetzungen. Es wird eine konkrete Situation der Abteilung im Umgang mit Angehörigen anhand eines vorgegebenen Schemas analysiert, besprochen und mögliche Massnahmen werden festgelegt.
- Fallbesprechung mit psychologischer Beratung  
In besonders belasteten Situationen kann durch den Führungsausschuss eine externe psychologische Beratung genehmigt werden. Die Problemsituation soll im Pfllegeteam mit externer psychologischer Unterstützung reflektiert werden, und gemeinsam wird nach Lösungsansätzen gesucht. Den Mitarbeitenden soll durch die externe Beratung ein Transferlernen auf andere, ähnliche Situationen ermöglicht werden.
- Fachzirkel für Angehörigenarbeit  
In regelmässigen Abständen nehmen die Abteilungsleitungen an einem Fachzirkel zur Angehörigenarbeit teil. Sie sollen durch eine externe Psychologin in ihren neuen Aufgaben in der Angehörigenbetreuung unterstützt und begleitet werden. Es wird eine von den Teilnehmenden mitgebrachte konkrete Problemsituation besprochen, oder Fragen und Schwierigkeiten in der Umsetzung des Konzepts werden erörtert.
- Schulungen im Umgang mit Angehörigen  
Alle Mitarbeitenden mit Kundenkontakt werden sorgfältig in die Angehörigenarbeit eingeführt. Sie erhalten Wissen über die belastenden Momente der Angehörigen und erlernen mögliche Reaktionsweisen. Je nach Arbeits- und Aufgabengebiet folgen Aspekte der Kommunikation und Gesprächsführung. Neueintretende Mitarbeitende werden zweimal jährlich zu einer Gruppe zusammengenommen und erhalten dann eine Kurzfassung der vorausgegangenen Schulung.
- Gastgeberin sein - psychologische Einflussfaktoren auf Verhalten und Beziehungen  
Alle Mitarbeitenden mit Kundenkontakt erhalten das Angebot, sich mit den eigenen Umgangsformen und dem persönlichen Erscheinungsbild auseinanderzusetzen. Das Bewusstsein und die Selbstreflexion im Umgang mit Angehörigen als Kunden soll dabei geschärft werden.

#### **4.2.7 Umgang mit Anliegen und Beschwerden (Arbeitsausschuss 7)**

##### ***Ausgangslage***

Beschwerden und Anliegen der Angehörigen gelangen aus verschiedensten Gründen oftmals nicht an die wirklich verantwortliche und zuständige Stelle. Dieses führt dazu, dass die Angehörigen auch keine Reaktion darauf erhalten und sich schliesslich nicht ernst genommen fühlen. Verschiedene Angehörige leiden unter dem Gefühl, nicht gehört zu werden (Kellet, 2000). Eine Zunahme der Unzufriedenheit ist die Folge, und man gelangt an die nächst höhere Instanz in der Hierarchie, die dann zur Lösung des Problems beitragen soll. Direkt Betroffene fühlen sich hintergangen, und die Klärung der Situation ist erschwert. Eine klare Regelung im Umgang mit Beschwerden und die Möglichkeit für Angehörige mitzureden, Anliegen einzubringen, kann derartige Probleme reduzieren.

##### ***Soll-Zustand***

Im Arbeitsausschuss 7 wurde folgender Soll-Zustand formuliert:

- Das PZK schafft die notwendigen Grundlagen und Instrumente, sodass Angehörige ihre Anliegen im Betrieb anbringen und klären können.
- Im Betrieb sind die notwendigen Voraussetzungen geschaffen, dass Anfragen von Angehörigen rasch, unbürokratisch und bereichsübergreifend behandelt werden.
- Es besteht ein Standard zum Umgang mit mündlichen und schriftlichen Reklamationen.

##### ***Erarbeitete konkrete Massnahmen zur Umsetzung im PZK***

Zur Erreichung des Soll-Zustands wurden die anschliessend aufgeführten Massnahmen für das Pflegezentrum Käferberg erarbeitet:

- *Angehörigenqualitätszirkel*  
4 – 5 x jährlich treffen sich vier bis acht Angehörige mit der Betriebsleitung und der Qualitätsbeauftragten zu ausgewählten Themen zur Überprüfung bestehender Qualitätsstandards. Es sollen systematisch Markttendenzen und Bedürfnisse erfasst werden. Rückmeldungen ermöglichen, Schwachpunkte im Unternehmen zu erkennen. Die Angehörigen werden von der Betriebsleitung in den Angehörigenqualitätszirkel berufen.
- *Beschwerdenmanagement*  
Alle Beschwerden, Reklamationen oder Eingaben der Angehörigen sollen in angemessener Zeit bearbeitet werden. Erste Ansprechperson ist die pflegerische Bezugsperson, die mündlich vorgebrachten, bereichsbezogene Reklamationen werden vor Ort aufgenommen und bearbeitet. Nicht bereichsbezogene Reklamationen werden auf Wunsch der Angehörigen oder bei zwingendem Bedarf mittels Formular vom Personal an den entsprechenden Bereich weitergegeben.

- *Boxen für Rückmeldung*

In der Eingangshalle, im Bistretto sowie auf jeder Abteilung ist eine Box „Wir sind offen für Lob und Kritik“ mit Meldezetteln angebracht. Angehörige können so direkt Lob und Reklamationen an den Betrieb anbringen. Die Auswertung geschieht zentral durch den Kundendienst des PZK.

Zusammengefasst geht das Konzept in seinem Ursprung davon aus, dass eine partnerschaftliche Zusammenarbeit von Angehörigen und Mitarbeitenden letztlich einen positiven Einfluss auf den Bewohner hat. Im Zentrum des Blickfeldes (siehe Abbildung 3) steht, wenn auch nicht direkt ins Projekt integriert oder befragt, immer der Pflegeempfänger. Um ihn herum formieren sich Mitarbeitende und Angehörige, die das gemeinsame Ziel „das Wohl des Bewohners“ verfolgen. Die Linien der beiden Kreishälften der Abbildung 3 sind durchlässig, um zu symbolisieren, dass hier nicht Angehörige und Mitarbeitende als sich gegenüberstehend zu verstehen sind, sondern eine Durchmischung durchaus erwünscht ist. Allerdings gestaltet sich genau das, wie in Kapitel 2.4 detailliert dargestellt, in der Realität nicht einfach. Beide Personengruppen stossen dabei immer wieder an ihre Grenzen. Schwierige Situationen bis hin zu Konflikten sind die Folge.

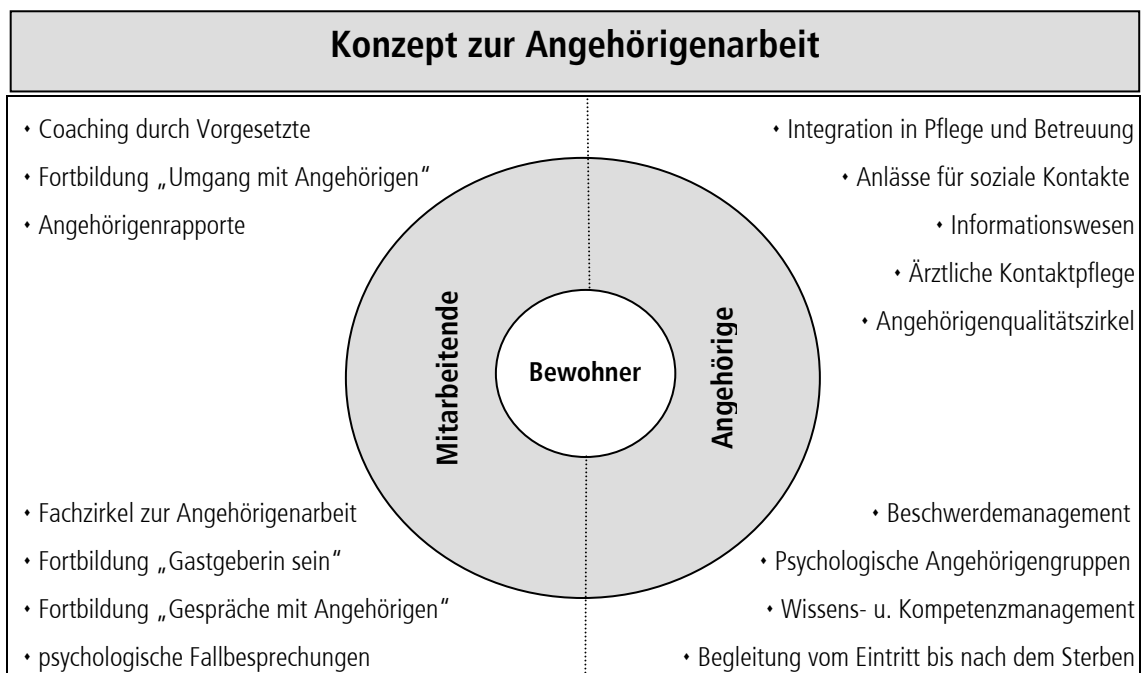


Abb. 3: Zusammenfassende Darstellung der Inhalte des Konzepts zur Angehörigenarbeit im PZ Käferberg.

Das hier beschriebene Konzept zur Angehörigenarbeit setzt deshalb bei beiden Personengruppen an. Es wurden nicht ausschliesslich neue Angebote für Angehörige ins Leben gerufen und damit der Anspruch erhoben, die Angehörigenarbeit verbessert zu haben. Die Institution sollte nicht einfach die Rolle des Entlastungspartners einnehmen, sondern es bestand die Erwartung auf eine gemeinsame Gestaltung dieser Lebenssituation als Angehöriger eines pflegebedürftigen alten

Menschen. Deshalb war es von Anfang von grosser Wichtigkeit zu verdeutlichen, dass gute Angehörigenarbeit auch beim Mitarbeitenden beginnt.

So enthält das Konzept sowohl Angebote für die Angehörigen als auch für die Mitarbeitenden. Der entscheidende Unterschied besteht letztlich darin, dass die Gruppe der Angehörigen frei wählen kann, ob sie von den Angeboten Gebrauch machen möchte. Für die Mitarbeitenden ist das nicht der Fall; bis auf das Coaching durch die Vorgesetzten und die psychologischen Fallbesprechungen sind alle anderen Angebote obligatorisch. Es wird erhofft, genau durch diese Massnahme einen wirklichen Wandel in der Zusammenarbeit mit Angehörigen zu erzielen.

Die Umsetzung des Konzepts in die Praxis ist Inhalt des nächsten Kapitels.

## 5. Die Konzeptumsetzung in die Praxis

Eine detaillierte Darstellung des ganzen Prozesses der praktischen Umsetzung des Konzepts würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen und letztlich den Leser mit wenig wertvollen Informationen konfrontieren. Deshalb soll hier ein nachvollziehbarer Überblick über die wichtigsten Aspekte und Entscheidungen der Umsetzung gegeben werden. Dabei wird nicht chronologisch vorgegangen, sondern die in Kapitel 4 beschriebenen Arbeitsausschüsse dienen als Bezugspunkt der Berichterstattung.

Unmittelbar nach Erarbeitung und Entwicklung des modellhaften Konzepts zur Angehörigenarbeit wurden die einzelnen Angebote in die Praxis umgesetzt und für die Angehörigen und Mitarbeitenden zur Verfügung gestellt. Die Verantwortlichkeit für die Umsetzung in den Betriebsalltag lag bei dem Betriebsleiter. Die externe hauptverantwortliche Projektleitung wurde zur Unterstützung und zur Begleitevaluation hinzugezogen. Zur Entlastung wurde eine Person zu 50% für den begrenzten Zeitraum des Projekts freigestellt, um die Umsetzung aus der Nähe zu unterstützen und die Projektleitung von operativen Aufgaben zu entlasten.

Den Auftakt zur Umsetzung für die Angehörigen bildete ein Informationsabend, an dem ausführlich über die Zielsetzungen und die geplanten Massnahmen des Projekts berichtet wurde. Während der ganzen Umsetzung wurden die Angehörigen dann in regelmässigen Abständen mit Hilfe speziell dafür kreierter Informationsblätter über den Projektstand und die nächstens einzuführenden Massnahmen in Kenntnis gesetzt (siehe Anhang B). Die Information an die Mitarbeitenden verlief zum einen über gemeinsame Sitzungen mit dem Pflegekader und die daraus resultierenden Protokolle. Zum anderen wurden via „Dialog“, der Hauszeitschrift für Mitarbeitende, drei Mal im laufenden Jahr über die Aktualitäten in der Projektumsetzung und die noch folgenden Schritte informiert. So sollte ein zusätzlicher Boden für die Akzeptanz des Projekts und möglicherweise auftretende Schwierigkeiten und Engpässe bei der Einführung der neuen Massnahmen geschaffen werden.

Die einzelnen Massnahmen wurden gestaffelt über das ganze Jahr 2004 hinweg nacheinander eingeführt. Anfang des Jahres wurde von der Projektleitung vor allem Zeit darauf verwendet, die Umsetzung noch weiter im Detail vorzubereiten. Dazu gehörte es, die Checklisten (siehe Anhang C) für alle geplanten Gespräche zusammenzustellen, die Boxen für Lob und Kritik in Auftrag zu geben, Informations- und gesellschaftliche Anlässe für das ganze Jahr terminlich aufeinander abzustimmen und die Fortbildungen für das Personal inhaltlich sowie terminlich vorzubereiten.

Aufgrund der Ergebnisse des Arbeitsausschusses 1 wurde das bereits bestehende Angebot der Heimbesichtigung vor dem Eintritt mit Information zur Angehörigenarbeit ergänzt und ab Februar 2004 in erweiterter Form durchgeführt. Ab Juni wurde allen Angehörigen die Möglichkeit für ein erstes persönliches Gespräch mit der Abteilungsleitung angeboten. Dabei war immer zunächst die erste Bezugsperson des Bewohners angesprochen. Für den Fall, dass mehrere Personen an einem solchen Gespräch interessiert waren, konnten diese das Angebot ebenfalls in Anspruch nehmen. Die Gespräche wurden im Zeitraum von Juli bis September 2004 geplant, und anhand zuvor erar-

beiteter Checklisten (siehe Anhang C) durchgeführt und dokumentiert. Das Angebot der Integration in die Pflege des Bewohners wurde ebenfalls ab Juni in einem Gespräch mit der pflegerischen Bezugsperson und den Angehörigen besprochen und von da an laufend zur Verfügung gestellt.

Die aus dem Arbeitsausschuss 2 resultierenden Informationsmappen wurden ab Sommer 2004 in erweiterter Form abgegeben. Die bereits vor dem Projekt existierende Betriebszeitung „Käferberg aktuell“ erhielt ab Dezember eine eigene Seite mit Informationen zur Angehörigenarbeit. Im April und September fand jeweils ein Informationsanlass des Betriebs statt. Die zwei vorgesehenen Anlässe der Abteilung wurden in Abstimmung auf alle anderen Veranstaltungen jeweils im Frühsommer ab Juni und im Herbst durchgeführt. Ebenfalls im Juni wurde das erste Mal ein Begrüssungsanlass für die Angehörigen neu eingetretener Bewohner angeboten und dann im Abstand von einem halben Jahr wiederholt durchgeführt. Die Anschlagbretter auf den Abteilungen und im Betrieb bestanden bereits vor dem Projekt und wurden auf ihre Aktualität des aufgehängten Materials regelmässig überprüft. Gesellschaftliche Anlässe des Betriebs wie Vernissagen, Kultur-nachmittage und Begegnungsveranstaltung waren ebenfalls schon vor Projektbeginn geplant und wurden noch auf ihre Anzahl überprüft und gemäss dem Gesamtkonzept terminlich aufeinander abgestimmt. Ebenso wurde mit den Anlässen auf den Abteilungen verfahren.

Die vier Angehörigenseminare (siehe Anhang D) aus dem Arbeitsausschuss 3 zu den Themen Gedächtnis, Palliation, Bewegung und Besuchsgestaltung und die Rolle des Angehörigen konnten ab August jeweils an einem Samstagvormittag vorwiegend mit internen Ressourcen durchgeführt werden. Der Integrationstag wurde zum ersten Mal im September 2004 angeboten und von da an fix in die Angebotspalette aufgenommen.

Im Bereich der ärztlichen Kontaktpflege (Arbeitsausschuss 4) wurden die bereits eingeplanten Gespräche in erarbeiteter Form durchgeführt. Zusätzlich konnte im August der Leitfaden zur Erreichbarkeit des Arztes versandt werden und gleichzeitig die Telefonsprechstunde ins Leben gerufen werden (siehe Anhang C).

Die im Arbeitsausschuss 5 definierte psychologische Begleitung von Angehörigen in Einzelbetreuung und den Angehörigengruppen wurde wie schon vor dem Projekt weitergeführt. Neu nahm die Psychologin im Juni am ersten Begrüssungsanlass teil, um dort die Möglichkeit für einen ersten persönlichen Kontakt mit den Angehörigen zu nutzen und die Nachrekrutierung neuer Mitglieder für die Gruppen sicherzustellen.

Zur Bildung und Unterstützung der Mitarbeitenden wurden die bereits bestehenden Angebote wie Coaching und Fallbesprechung mit psychologischer Begleitung weitergeführt. Zusätzlich wurden ab April zunächst alle Mitarbeitenden mit Kundenkontakt in die Angehörigenarbeit eingeführt. Sie erhielten Informationen über die Bedeutung von Angehörigen, deren Belastungserleben, über das Projekt und seine geplante Umsetzung. Im Mai und Juni wurden alle Mitarbeitenden, die häufig Gespräche mit Angehörigen führen, in Gesprächsführung und im Umgang mit Konflikten zwischen Angehörigen und Mitarbeitenden geschult. Der Fachzirkel zur Angehörigenarbeit für die Abteilungsleitungen wurde im Juni gestartet und in dreimonatlichen Abständen organisiert. Im

November 2004 fand bereits die erste Nachschulung zum Thema Angehörigenarbeit für diejenigen Mitarbeitenden statt, die erst nach April im PZ Käferberg ihre Stelle angetreten hatten.

Der Angehörigenrapport auf den Abteilungen wurde ab Januar 2005 aufgenommen und nach einem vorgegebenen Schema (siehe Anhang E) in zweiwöchentlichem Abstand durchgeführt. In den Fachzirkeln wurde die Einführung regelmässig auf Schwierigkeiten überprüft, und wenn nötig wurden Anpassungen getroffen. Eine weitere Fortbildung mit dem Thema „Gastgeberin sein - psychologische Einflussfaktoren auf Verhalten und Beziehungen“ wurde im November 2005 zunächst für das Kader angeboten und ist für Anfang 2006 für die pflegerischen Bezugspersonen vorgesehen.

Im Juli 2004 konnten die Boxen für Lob und Kritik an den vorgesehen Standorten montiert und in Betrieb genommen werden (Arbeitsausschuss 7). Die eingehenden Zettel werden seitdem jeweils von der Qualitätsbeauftragten bearbeitet und innert nützlicher Frist beantwortet. Für die Teilnahme am Angehörigenqualitätszirkel wurden ab September verschiedene Angehörige angefragt, und im Dezember fand das erste von jeweils vierteljährlichen Treffen statt.

Nachdem Anfang 2005 die grosse Mehrheit der Massnahmen in die Praxis umgesetzt waren, wurde von der externen Projektleitung abschliessend eine Broschüre (siehe Anhang F) mit den Angeboten für die Angehörigen kreiert. Sie steht jetzt allen Kunden des Pflegezentrums zur Orientierung und Information zur Verfügung.

Entscheidend war in der Phase der Umsetzung, dass die einzelnen Angebote in sinnvoller Reihenfolge nacheinander eingeführt wurden. Der Umfang des Projekts erforderte eine gute Organisation, um die Ressourcen des Betriebes nicht überzustrapazieren. In dem Zusammenhang bildete die Einführung aller Mitarbeitenden in die Angehörigenarbeit einen zentralen Baustein des Projekts. Ausserdem wurde sehr viel Wert darauf gelegt, vor Einführung jeder neuen Massnahme die Mitarbeitenden darüber zu informieren, so dass sie auf eventuelle Nachfragen der Angehörigen adäquat reagieren konnten. Insgesamt ist es gelungen, alle erarbeiteten Massnahmen der Arbeitsausschüsse mit geringfügigen Anpassungen in der vorgegebenen Zeit einzuführen.

## **6. Methode der empirischen Überprüfung des Projekts**

### **„Angehörige als zentrale Partner in der institutionellen Altersarbeit“**

In den folgenden Abschnitten wird zunächst ein kurzer Überblick über die verschiedenen Stichproben der Studie gegeben. Anschliessend erfolgt die Vorstellung der verwendeten Erhebungsverfahren, wobei die genaue Skalenbildung und Itemzusammensetzung im Ergebnisteil (siehe Kapitel 7) dargestellt wird. Den Abschluss des Kapitels bildet schliesslich die Darstellung der Fragestellungen der Untersuchung und der Datenanalyseverfahren. Die Erhebungsinstrumente sind zur Veranschaulichung im Anhang G zu finden.

### **6.1 Definition der Stichproben**

Zur Evaluation des Projekts zur Angehörigenarbeit wurden verschiedene Stichproben untersucht, die im Folgenden kurz benannt werden. Die deskriptiven Daten der verschiedenen Stichproben werden im Kapitel 7 vorgestellt.

*Stichprobe Projektgruppe:* Die Projektgruppe, bestehend aus sechzehn Personen, die gemeinsam das Konzept zur Angehörigenarbeit erarbeitet hatten, wurde im Anschluss an die Konzeptphase mittels standardisiertem Fragebogen zur Projektarbeit befragt.

*Stichprobe Angehörige:* Die Angehörigen der Bewohner des Pflegezentrums wurden sowohl vor als auch nach der Umsetzung des Konzepts befragt. Dabei wurden alle Angehörigen angeschrieben, die sich bei Eintritt in der Verwaltung hatten eintragen lassen, angeschrieben. In der zweiten Befragung versuchte man auch die Angehörigen derjenigen zu erreichen, die in der Zwischenzeit neu ins Pflegezentrum Käferberg eingetreten waren, und ebenso diejenigen, die bereits nicht mehr als Angehörige zum Pflegezentrum Käferberg gehörten, aber an der ersten Befragung teilgenommen hatten.

*Stichprobe Mitarbeitende:* Alle Mitarbeitenden wurden unmittelbar vor der Umsetzung des Konzepts in die Praxis und nach Abschluss in die Datenerhebung einbezogen. Dabei wurden jeweils alle Personen aller Dienstbereiche angeschrieben, die zu den Erhebungszeitpunkten im Pflegezentrum Käferberg angestellt waren.

### **6.2 Die Entwicklung des Erhebungsinstruments**

Zeitgleich mit der Entwicklung und Erarbeitung des Konzepts für Angehörigenarbeit durch die Projektgruppe wurden von der externen Projektleitung Erhebungsinstrumente für die Projektgruppe, die Angehörigen und die Mitarbeitenden eigens für die vorgesehenen Datenerhebungen



zur Überprüfung der Fragestellungen zusammengestellt (siehe Anhang G). Da es sich bei dieser Studie um ein sehr spezifisches Feld handelt, musste ein Grossteil der Fragebögen selbst konstruiert werden. Es wurden darin alle für die Untersuchung wichtigen Einzelaspekte erfasst. Die Items zu den verschiedenen Themenbereichen wurden mehrfach einem Expertengremium aus dem Pflegebereich vorgelegt, diskutiert und angepasst. Die Darstellung der Skalen und deren Reliabilitäten befinden sich im Ergebnisteil (siehe Kapitel 7).

Die Instrumente für die Angehörigen und Mitarbeitenden sind jeweils in ihrer Grundstruktur für beide Erhebungen identisch und nur zur zweiten Messung um konkrete Fragen zum Projekt erweitert. Die Zusammenstellung der Fragebögen wird im Folgenden kurz erläutert. Es werden dabei einzelne Items beispielhaft zur Illustration erwähnt.

## **6.2.1 Fragebogen für die Projektgruppe**

### **a) Stimmungsbarometer**

Jeweils am Ende jeder der vier Sitzungen waren die Mitglieder der Projektgruppe aufgefordert, einen kurzen Fragebogen als Stimmungsbarometer zur Sitzung auszufüllen. Dabei wurden unter anderem Aspekte wie das Tempo der Sitzung, die Möglichkeit zur eigenen Beteiligung, der Kontakt innerhalb des Arbeitsausschusses, die Arbeitsdisziplin, die Arbeitsatmosphäre und die Zufriedenheit mit der jeweiligen Sitzung erfragt. Die fünfstufige Beurteilungsmöglichkeit reichte je nach Item von *sehr schlecht* (1) bis *sehr gut* (5) oder von *sehr klein* (1) bis *sehr gross* (5).

Beispielitem: *Wie gut war der Kontakt innerhalb des Arbeitsausschusses?*

### **b) Beurteilung des Stellenwertes der Angehörigenarbeit**

Im ersten Teil des Fragebogens sollten die Projektgruppenmitglieder anhand verschiedener Fragen die Wichtigkeit der Angehörigenarbeit grundsätzlich, retrospektiv und auch prospektiv sowohl für sich persönlich als auch für das Pflegezentrum, die Bewohner und für die Angehörigen einschätzen. Die Einstufung erfolgte auf einer fünfstufigen Skala von *überhaupt nicht wichtig* (1) bis *sehr wichtig* (5).

Beispielitem: *Wie wichtig finden Sie grundsätzlich die Angehörigenarbeit in den geriatrischen Institutionen?*

### **c) Beurteilung des Einsatzes einer interdisziplinären Projektgruppe**

Die Mitglieder der Projektgruppe waren weiter aufgefordert anzugeben, für wie sinnvoll sie den Einsatz einer interdisziplinären Projektgruppe im Hinblick auf die spätere Akzeptanz der Massnahmen im Betrieb, im Hinblick auf die Umsetzbarkeit und die Qualität der Massnahmen und schliesslich auch im Hinblick auf die Effizienz der Arbeit finden. Die fünfstufige Skala verlief von *überhaupt nicht sinnvoll* (1) bis *sehr sinnvoll* (5).

Beispielitem: *Wie beurteilen Sie den Einsatz einer interdisziplinären Projektgruppe für die Entwicklung der Angehörigenarbeit im Hinblick auf die spätere Akzeptanz der Massnahmen im Betrieb?*

**d) Beurteilung des Zeitbudgets**

Im nächsten Teil des Fragebogens wurden Fragen zum Zeitbudget der Konzeptphase gestellt. Dabei sollte sowohl die gesamthaft für die Phase eingesetzte Zeit als auch deren Verteilung auf die einzelnen Sitzungen beurteilt werden. Dieses erfolgte wiederum anhand einer fünfstufigen Skala von *überhaupt nicht ausreichend* (1) bis *vollkommen ausreichend* (5). Ausserdem sollte der zusätzlich zu den Sitzungen investierte Zeitaufwand angegeben werden. Wobei hier drei Abstufungen zu Auswahl standen (*weniger als 2 Stunden, 24 Stunden, mehr als vier Stunden*).

Beispielitem: *Wie beurteilen Sie die zur Verfügung gestellte Zeit von vier Sitzungen à ca. 2 Stunden für die Konzeptphase?*

**e) Beurteilung der Zusammensetzung der Projektgruppe**

Auch in diesem Abschnitt sollten die Befragten die Fragen in Hinblick auf die Akzeptanz, Umsetzbarkeit, Qualität der Massnahmen und Effizienz der Projektarbeit beantworten. Dabei wurden die Interdisziplinarität, der Einsatz unterschiedlicher Hierarchiestufen und der Einbezug von Angehörigen in die Projektgruppe erfragt. Die fünf Stufen der Skala lagen zwischen *überhaupt nicht sinnvoll* (1) bis *sehr sinnvoll* (5).

Beispielitem: *Wie beurteilen Sie den Einbezug unterschiedlicher Hierarchiestufen in die Projektgruppe im Hinblick auf die spätere Akzeptanz der Massnahmen im Betrieb?*

**f) Beurteilung der Arbeitsweise der Projektgruppe**

Im nächsten Schritt sollte die Methode der Aufteilung der Projektgruppe in verschiedene Arbeitsausschüsse grundsätzlich und die Zuteilung der Themen beurteilt werden. Weiter sollte Stellung genommen werden zur Information der Ausschüsse untereinander, zur eigenen Beteiligung im Arbeitsausschuss und zur Arbeitsatmosphäre. Die Beurteilungsskala hatte wiederum fünf Abstufungen von *überhaupt nicht sinnvoll* (1) bis *sehr sinnvoll* (5).

Beispielitem: *Wie beurteilen Sie die gegenseitige Information der Arbeitsausschüsse in der Projektgruppe?*

**g) Eigene Inanspruchnahme durch das Projekt**

Die Projektgruppenmitglieder sollten Auskunft geben, wie sehr sie durch das Projekt zeitlich belastet waren und wie sie ihre Teilnahme im Hinblick auf ihre eigene Beteiligung, auf einen möglichen Lerneffekt und auf die psychische Belastung beurteilen. Die fünfstufige Skala zur Beurteilung reichte von *sehr negativ* (1) bis *sehr positiv* (5).

Beispielitem: *Wie bewerten Sie für sich Ihre Teilnahme in dem Projekt im Hinblick auf einen möglichen Lerneffekt?*

#### **h) Beurteilung des Ergebnisses des Projektarbeit**

Die Ergebnisse des Projekts sollten auf verschiedenen Stufen beurteilt werden. Dabei sollte zunächst das Ergebnis des Arbeitsausschusses, in dem das Projektgruppenmitglied war, und dann das Arbeitsergebnis der Projektgruppe als Ganzes beurteilt werden. Und schliesslich wurde noch erfragt, inwieweit das Ergebnis den Bedürfnissen der Angehörigen entsprach. Wieder gab es fünf Beurteilungsstufen von *überhaupt nicht gut* (1) bis *sehr gut* (5).

Beispielitem: *Wie beurteilen Sie das Arbeitsergebnis Ihres Arbeitsausschusses?*

#### **i) Beurteilung der Umsetzbarkeit**

Der vorletzte Abschnitt des Fragebogens beschäftigte sich mit der Umsetzbarkeit des Projekts sowohl im Pflegezentrum Käferberg als auch in anderen Pflegezentren und den möglichen Schwierigkeiten. Die fünfstufige Skala reichte von *überhaupt nicht umsetzbar* (1) bis *sehr gut umsetzbar* (5).

Beispielitem: *Wie beurteilen Sie die Umsetzbarkeit des Konzepts in den anderen Pflegezentren?*

#### **j) Beurteilung der Projektleitung**

Zum Abschluss sollten die Mitglieder der Projektgruppe schliesslich die Projektleitung beurteilen. Dabei sollten die abgegebenen Informationen, die Instruktionen zu den Arbeitsaufträgen und die Protokolle im Hinblick auf Verständlichkeit, Vollständigkeit und Nützlichkeit bewertet werden. Die fünf Beurteilungsstufen gingen von *überhaupt nicht verständlich* (1) bis *sehr verständlich* (5).

Beispielitem: *Wie beurteilen Sie die Protokolle in Bezug auf die Verständlichkeit?*

### **6.2.2 Fragebogen für die Angehörigen**

#### **a) Soziodemografische Daten**

Die deskriptive Darstellung der Stichprobe der Angehörigen erfolgt anhand einer Auswahl soziodemografischer Items. Erhoben wurden die folgenden Items: Geburtsjahr, Geschlecht, Zivilstand, Muttersprache, Schulbildung, Eintrittsdatum des Angehörigen, Diagnose des Angehörigen, Besuchshäufigkeit und Verwandtschaftsgrad.

#### **b) Zufriedenheit mit der Pflege und Betreuung**

Im ersten Abschnitt des Fragebogens wurden die Teilnehmenden zu ihrer Zufriedenheit mit der Pflege und Betreuung ihres Angehörigen im Pflegezentrum Käferberg befragt. Neben der Beurteilung der einzelnen Dienstbereiche sollte auch die fachliche und menschliche Betreu-

ung beurteilt werden. Die Items wurden auf einer fünfstufigen Skala von *überhaupt nicht zufrieden* (1) bis *sehr zufrieden* (5) eingestuft.

Beispielitem: *Wie zufrieden sind Sie mit der fachlichen Betreuung Ihres Angehörigen?*

**c) Belastung durch den Heimeintritt und das Leben im Heim**

Die veränderte Lebenssituation durch den Heimeintritt stellt für viele Angehörige eine neue Belastung dar. Diese sollte im Fragebogen mit selbstkonstruierten Items ebenfalls erhoben werden. Die Angehörigen waren aufgefordert, verschiedene Aussagen darauf zu prüfen, ob diese auf sie persönlich zutreffen oder nicht. Wieder sollte auf fünf Stufen von *trifft überhaupt nicht zu* (1) bis *trifft vollkommen zu* (5) beurteilt werden.

Beispielitem: *Mit dem Heimeintritt sind Aufgaben auf mich zugekommen, die mich überfordern.*

**d) Beurteilung verschiedener Aspekte der Angehörigenarbeit**

Anhand verschiedener Items sollten die Angehörigen unterschiedliche Aspekte der Angehörigenarbeit beurteilen. Themenbereiche waren beispielsweise Information, Integration und soziale Kontaktmöglichkeiten. Wieder diente eine fünfstufige Skala von *trifft überhaupt nicht zu* (1) bis *trifft vollkommen zu* (5) zur Beurteilung der Aussagen.

Beispielitem: *Mir fehlen gemeinsame Erlebnisse mit meinem Angehörigen* oder *Immer wieder gehe ich mit dem Gefühl heim, einfach nicht dazuzugehören.*

**e) Allgemeine subjektive Belastung**

Hier sollte in Abgrenzung zu der oben erwähnten Belastung eine eher subjektive Belastung, die aufgrund allgemeiner Lebensumstände zustandekommt, erhoben werden. Dabei wurde auf ein Instrument zurückgegriffen, das die Autorin für eine andere Studie konstruiert und eingesetzt hatte. Die fünfstufige Skala umfasste elf Items und wurde von *trifft überhaupt nicht zu* (1) bis *trifft vollkommen zu* (5) beurteilt.

Beispielitems: *Ich habe überhaupt keine Zeit für mich persönlich* oder *Ich fühle mich oft körperlich und psychisch erschöpft.*

**f) Beurteilung des Angebots für Angehörige**

Das gesamte Konzept sollte in den Einzelangeboten in Bezug auf den Informationsstand zum Angebot, in Bezug auf den Nutzen und den Unterstützungsgehalt beurteilt werden. Die Fragen zum Wissen und zur Nutzung sollten mit *ja* oder *nein* beantwortet werden, während die beiden anderen Fragestellungen wieder eine Beurteilungsskala mit fünf Stufen hatten. Diese reichte von *überhaupt nicht sinnvoll* (1) bis *sehr sinnvoll* (5) oder von *überhaupt nicht hilfreich* (1) bis *sehr hilfreich* (5).

Beispielitem: *Angehörigenabend – Wissen Sie, dass dieses Angebot besteht? Wie sinnvoll finden Sie es? Haben Sie davon Gebrauch gemacht? Wenn Sie davon Gebrauch gemacht haben, wie hilfreich war es?*

### 6.2.3 Fragebogen für die Mitarbeitenden

#### a) Soziodemografische Daten

Die deskriptive Darstellung der Stichprobe der Mitarbeitenden erfolgt ebenfalls anhand einer Auswahl soziodemografischer Items. Erhoben wurden die folgenden Items: Geburtsdatum, Eintritt in das PZK, Geschlecht, Zivilstand, Arbeitsbereich, Funktion, Ausbildung/Beruf, Weiterbildungen, Berufserfahrung im Altersbereich und das Arbeitspensum.

#### b) Wichtigkeit von Angehörigenarbeit

Anhand verschiedener Fragen sollten die Mitarbeitenden den Stellenwert der Angehörigenarbeit grundsätzlich, retrospektiv und auch prospektiv sowohl für sich persönlich als auch für das Pflegezentrum, die Bewohner und für die Angehörigen einschätzen. Die Einstufung erfolgte auf einer fünfstufigen Skala von *überhaupt nicht wichtig* (1) bis *sehr wichtig* (5).

Beispielitem: *Wie wichtig finden Sie Angehörigenarbeit grundsätzlich für das Pflegezentrum, für die Bewohner, für die Angehörigen und für Sie persönlich?*

#### c) Beurteilung des Angebots für Angehörige

Die Mitarbeitenden waren aufgefordert, Auskunft über ihr eigenes Wissen zu den bestehenden Angeboten für Angehörige zu geben und darüber zu urteilen, wie sinnvoll sie die einzelnen Angebote einschätzen. Die Frage zum Informationsstand zu den einzelnen Angeboten sollte mit *ja* oder *nein* beantwortet werden. Bei der Beurteilung, ob ein Angebot als sinnvoll einzustufen ist, erfolgte die Beurteilung auf einer fünfstufigen Skala von *überhaupt nicht sinnvoll* (1) bis *sehr sinnvoll* (5).

Beispielitem: Heimbesichtigung: *Wissen Sie, dass dieses Angebote besteht? Für wie sinnvoll halten Sie es?*

#### d) Einstellung zu Angehörigen

Anhand einer Reihe von Items sollte die Einstellung gegenüber Angehörigen in der täglichen Arbeit erfasst werden. Die Beurteilung der Einzelitems wurde auf einer fünfstufigen Skala von *trifft überhaupt nicht zu* (1) bis *trifft vollkommen zu* (5) gemacht.

Beispielitems: *Mich um Angehörige zu kümmern, halte ich nicht für meine Aufgabe* oder *Es ist gut, wenn man die Angehörigen in den Pflegealltag integriert.*

**e) Allgemeine Arbeitszufriedenheit**

Die Skala zur allgemeinen Arbeitszufriedenheit wurde aus einer Untersuchung von Fabian (1996) übernommen. Die acht Items mussten auf fünf Stufen von *trifft überhaupt nicht zu* (1) bis *trifft vollkommen zu* (5) beurteilt werden.

Beispielitem: *Ich kann in meinem Beruf meine Fähigkeiten voll nutzen.*

**f) Selbsteinschätzung der eigenen Kompetenz im Umgang mit Angehörigen**

In diesem Teil des Fragebogens wurden den Mitarbeitenden verschiedene Items zur Beurteilung der eigenen Kompetenz im Umgang mit Angehörigen vorgelegt. Es sollten Aspekte wie Fachwissen, Unsicherheit und Gesprächskompetenz erfasst werden. Die Beurteilung der Einzelitems wurde wieder auf einer fünfstufigen Skala von *trifft überhaupt nicht zu* (1) bis *trifft vollkommen zu* (5) vorgenommen.

Beispielitem: *Aufgrund meines Fachwissens kann ich mir gut vorstellen, welche Probleme Angehörige beschäftigen oder Manchmal weiss ich nicht, wie ich auf die Anliegen der Angehörigen reagieren soll.*

**g) Belastungen durch Angehörige**

Eine Zusammenstellung von Situationen mit Angehörigen, die eine Belastung für die Mitarbeitenden darstellen können, sollte zum einen in Bezug auf die Häufigkeit des Vorkommens und zum anderen in Bezug auf die erlebte Belastung eingeschätzt werden. Die Häufigkeit des Vorkommens einer bestimmten Situation wurde von *kommt überhaupt nicht vor* (1) bis *kommt sehr häufig vor* (5) auf fünf Stufen beurteilt. Die Belastungseinschätzung verlief von *belastet mich überhaupt nicht* (1) bis *belastet mich sehr* (5).

Beispielitem: *Reklamationen von Angehörigen: Wie häufig kommt das vor? und Wie sehr belastet Sie das?*

**h) Beurteilung des Unterstützungsangebots im Umgang mit Angehörigen**

Anhand verschiedener Fragen sollten die Mitarbeitenden beurteilen, inwieweit sie sich in der Arbeit mit Angehörigen durch innerbetriebliche Angebote unterstützt fühlen. Analog zu den anderen Skalen hatte auch diese fünf Stufen von *nein, überhaupt nicht* (1) bis *ja, vollkommen* (5).

Beispielitem: *Fühlen Sie sich in Ihrer Arbeit mit Angehörigen durch Ihr Team grundsätzlich unterstützt?*

**i) Beurteilung der Wirkung des Projekts**

Die Mitarbeitenden sollten abschliessend das Projekt in Bezug auf seine Wirkung und seinen Nutzen für sie selbst beurteilen. Wieder halfen fünf Beurteilungsstufen von *trifft überhaupt nicht zu* (1) bis *trifft vollkommen zu* (5) bei der Einschätzung der verschiedenen Items.

Beispielitem: *Die Einstellung zu Angehörigen in unserem Team hat sich positiv verändert oder Im Vergleich zu den Erwartungen hat das Angehörigenprojekt wenig gebracht.*

### 6.3 Die Datenerhebungen

Die Daten der Projektgruppe wurden unmittelbar nach der Beendigung der Konzeptphase im Januar 2004 erhoben. Die weiteren Datenerhebungen bei Mitarbeitenden und Angehörigen erfolgten an zwei Messzeitpunkten. Der erste Messzeitpunkt (t1) war unmittelbar vor der praktischen Umsetzung des Konzepts zur Angehörigenarbeit im März 2004. Dem Fragebogen lag ein Begleitschreiben des Betriebsleiters bei, aus dem noch einmal hervorgehen sollte, dass die Meinung jedes einzelnen von Bedeutung sei und deshalb eine grosse Beteiligung erhofft wurde. Alle Angehörigen und Mitarbeitenden des Pflegezentrums erhielten den Fragebogen per Post an ihre Privatadresse. Die zweite Messung (t2) erfolgte nach der schrittweisen Umsetzung des Konzepts im Februar 2005. Die Studienteilnehmenden hatten rund 3 Wochen Zeit, um den Fragebogen auszufüllen und mit dem adressierten und frankierten Antwortcouvert zurückzusenden.

### 6.4 Fragestellungen der empirischen Überprüfung

In der Einleitung der Arbeit wurde bereits erwähnt, dass es sich dabei um ein Pilotprojekt handelt. Aus der Tatsache ergibt sich konsequenterweise, dass die Fragestellungen zur Überprüfung des Projekts mehrheitlich explorativen Charakter haben. Ganz zu Beginn stand die Frage, ob es überhaupt möglich sei in 4 X 2 Stunden Projektarbeit ein Konzept zur Angehörigenarbeit zusammenzustellen. In der Regel benötigen Arbeiten in Projektgruppen deutlich mehr Zeit, um zu einem Ergebnis zu gelangen.

Sollte das Vorgehen, so wie von der Projektleitung geplant gelingen, schloss sich gleich die Frage zur Umsetzbarkeit an. Wenn also am Ende der Projektarbeit zur Konzeptualisierung ein Konzept vorlag, war die Arbeit nicht beendet, sondern es sollte in einem nächsten Schritt geprüft werden, ob sich ein solches Konzept schliesslich auch in die Praxis umsetzen liess. Auch hier wurde der zur Verfügung stehende Zeitraum vorher festgesetzt.

Schliesslich war weiter von Interesse, ob sich trotz des kurzen Zeitraums von einem knappen Jahr zwischen Beginn und Ende der Umsetzung Veränderungen verschiedener Indikatoren bei Angehörigen und Mitarbeitenden, im Sinne eines Prä-/Post-Vergleichs, feststellen lassen.

In der zweiten Datenerhebung sollte dann die Beurteilung des Angebots durch Mitarbeitende und Angehörige erfasst werden. Dabei stand in Vordergrund, ob die Angebote bekannt sind, wie sie genutzt und beurteilt werden. In Bezug auf die Mitarbeitenden sollte zusätzlich noch herausgefunden werden, ob das Projekt aus ihrer Sicht etwas bewirkt hat und wie sie die unterstützenden Massnahmen bewerten.

Zur Übersicht sind die Fragestellungen und die vorgesehene Überprüfung noch einmal nacheinander aufgeführt:

- **Lässt sich ein Angehörigenkonzept in vorgegebener Zeit mit einer interdisziplinären Projektgruppe erarbeiten?**

Die Machbarkeit und Akzeptanz in der Projektgruppe soll nach Abschluss der Konzeptphase geprüft werden, indem alle Projektgruppenmitglieder den unter 6.2.1 dargestellten Fragebogen beantworten. Weiteres Instrument zur Beurteilung der Konzeptphase ist das Stimmungsbarmeter, das jeweils am Ende der vier Projektgruppensitzungen ausgefüllt wurde. Und schliesslich soll das Vorliegen eines Ergebnisses ebenfalls zur Beantwortung der formulierten Fragestellung dienen.

- **Lässt sich das erarbeitete Konzept in vorgegebener Zeit in die Praxis umsetzen?**

Zur Überprüfung der Umsetzung wurde aus ökonomischen Gesichtspunkten kein zusätzliches Instrument entwickelt. Zum einen soll die Institution nicht mit Befragungen überstrapaziert werden, zum anderen ist die Projektleitung so aktiv an der Umsetzung beteiligt, dass die Beobachtung und Beschreibung der Projektumsetzung an dieser Stelle ausreichend Auskunft darüber geben soll, ob es möglich ist, die Massnahmen in die Praxis integrieren.

- **Lassen sich bei Angehörigen und/oder Mitarbeitenden Veränderungen in Bezug auf verschiedene Indikatoren feststellen?**

Auch wenn der Zeitraum für die Feststellung von Veränderungen im Hinblick auf verschiedene Indikatoren eher knapp bemessen ist, soll dies in dieser Untersuchung trotzdem versucht werden, mit dem Ziel eventuell Tendenzen feststellen zu können. Es scheint an dieser Stelle wenig sinnvoll, jeweils für die einzelnen Indikatoren getrennte Hypothesen zu formulieren. Wenn eine Veränderung feststellbar ist, sollte sie bei fast allen Indikatoren in eine positive Richtung erfolgen. Ausnahmen bilden bei Angehörigen und Mitarbeitenden der Indikator „Belastung“ und bei den Mitarbeitenden die „Unsicherheit im Umgang mit Angehörigen“. Hier wird für beide Stichproben eine Reduktion erhofft.

Bei den Angehörigen sollen folgende Indikatoren im Prä-/ Post-Vergleich gemessen werden:

- Zufriedenheit mit den einzelnen Dienstbereichen
- Zufriedenheit mit der fachlichen Betreuung
- Zufriedenheit mit menschlicher Betreuung
- Belastung durch den Heimeintritt und das Leben im Heim
- Beurteilung der Angehörigenarbeit (*Integration, individuelle Betreuung, Kompetenz des Personals, Information, Reklamationen, Anlässe/soziale Kontakte, Bildungsmöglichkeiten, ärztlicher Kontakt*)



Bei den Mitarbeitenden des Pflegezentrums Käferberg sollten nachstehend aufgeführte Themen zur Messung von Veränderungen erfragt werden:

- Wichtigkeit von Angehörigenarbeit
  - Einstellung gegenüber Angehörigen
  - Eigene Arbeitszufriedenheit
  - Selbsteinschätzung der Kompetenz im Umgang mit Angehörigen
  - Belastung durch Angehörige
- **Wie wird das Angehörigenkonzept mit seinen Angeboten von den Angehörigen benutzt und beurteilt?**  
Zum zweiten Messzeitpunkt soll dem Fragebogen ein neuer Abschnitt hinzugefügt werden, in dem die Angehörigen selber Auskunft über ihre Information zum Angebot, die Nutzung und schliesslich auch ihre persönliche Bewertung des Angebots abgeben.
  - **Wie wird das Angehörigenkonzept mit seinen Angeboten von den Mitarbeitenden für die Angehörigen beurteilt?**
  - **Wie beurteilen die Mitarbeitenden das Unterstützungsangebot zur Konzeptumsetzung?**
  - **Wie beurteilen die Mitarbeitenden die Wirkung des Projekts auf sich selber?**

Die Beantwortung dieser drei letzten Fragestellungen soll ähnlich wie bei den Angehörigen mittels eines zusätzlichen Fragenteils in der zweiten Erhebung erfolgen.

## 6.5 Die Datenanalyseverfahren

Alle Verfahren dieser Untersuchung wurden mit dem Statistikprogramm SPSS Version 11 gerechnet. In Abhängigkeit von Fragestellungen und Skalenniveau kamen verschiedene Verfahren zur Anwendung. Außer für die Erhebung der soziodemografischen Daten wurde für alle anderen Skalen ein Intervallskalenniveau angenommen. Es wurden für alle intervallskalierten Variablen der Untersuchung Mittelwerte und ihre Standardabweichungen errechnet. Bei Nominal- oder Rangskalierung erfolgte die Berechnung von Häufigkeitsverteilungen.

Zur Skalenbildung der einzelnen Subskalen wurden Hauptkomponentenanalysen mit anschließender Varimaxrotation eingesetzt, um korrelierende Variablen auf einer höheren Abstraktionsebene zu voneinander unabhängigen Faktoren zusammenzufassen (Bortz & Döring, 1995). Nicht bei allen Subskalen wurden die daraus errechneten Ergebnisse zur weiteren Datenanalyse verwendet. An einigen Stellen schien es sinnvoller, die Skalenbildung gemäss der theoretischen Zuordnung der Items vorzunehmen.

Die Reliabilität der gebildeten Subskalen wurde mit Konsistenzanalysen nach Cronbach's Alpha überprüft. Die Überprüfung der Zusammenhänge zwischen intervallskalierten Variablen wurde mit der Berechnung des Produkt-Moment-Korrelationskoeffizienten vorgenommen. Bei nicht normalverteilten Variablen wurde die Spearman-Brown Rangkorrelation verwendet.

Mittelwertsunterschiede zwischen Gruppen oder zum Prä-/ Post-Vergleich wurden anhand von T-Tests für abhängige oder unabhängige Stichproben und Varianzanalysen ANOVA errechnet.

## **7. Ergebnisse der empirischen Überprüfung des Projekts**

### **„Angehörige zentrale Partner in der institutionellen Altersarbeit“**

Die Darstellung der Ergebnisse der Untersuchung folgt dem chronologischen Ablauf des Projekts. Dabei wird in den verschiedenen Unterkapiteln die deskriptive Beschreibung der jeweiligen Stichprobe vorangestellt. Es werden zunächst die Ergebnisse der Evaluation der Konzeptphase vorgestellt. Daran schließt sich der Blick auf die Umsetzungserfahrungen an. Den Hauptteil dieses Kapitels bilden dann die Ergebnisse der Datenanalyse aus den Befragungen der Angehörigen und dann der Mitarbeitenden zu zwei Messzeitpunkten.

### **7.1 Ergebnisse der Konzeptphase**

#### **7.1.1 Deskriptive Daten der Stichprobe Projektgruppe**

Die Projektgruppe bestand insgesamt aus sechzehn Personen mit einem Durchschnittsalter von 45 Jahren, wobei der jüngste Teilnehmende 23 Jahre und der älteste 61 Jahre alt waren. Es waren 75% weibliche und 25% männliche Mitglieder. Die durch die Personen vertretenen Arbeitsbereiche waren Pflegedienst (43.75 %,  $n = 7$ ), Arztdienst (12.5 %;  $n = 2$ ), Administration (6.25 %;  $n = 1$ ), Hauswirtschaft (6.25 %;  $n = 1$ ), Ökonomie (6.25 %;  $n = 1$ ), Seelsorge (6.25 %;  $n = 1$ ), Qualitätssicherung (6.25%;  $n = 1$ ) und Angehörige (12.5 %;  $n = 2$ ). Bei der Befragung wurden alle Mitglieder angeschrieben, und es konnte ein Rücklauf von 100% erreicht werden.

#### **7.1.2 Stimmungsbarometer der 4 Projektgruppensitzungen**

Die Projektgruppenmitglieder waren zum Abschluss jeder Sitzung aufgefordert, einen kurzen Fragebogen im Sinne eines Blitzlichts auszufüllen. Es sollten dabei verschiedene Kriterien (siehe Abbildung 4) spontan beurteilt werden.

Die Auswertung der Daten zeigte, dass sich in Bezug auf alle zu beurteilenden Kriterien ein klarer Aufwärtstrend von der ersten bis zur vierten Sitzung abzeichnete. Die deutlichsten Unterschiede zwischen Beginn und Ende der Konzeptphase lassen sich in Bezug auf das Tempo in den Sitzungen und in Bezug auf die Zufriedenheit mit den Sitzungen ablesen. So stieg der Mittelwert beim Tempo von  $M = 3.25$  in der ersten Sitzung auf  $M = 4.29$ , wobei ein Wert von 3 *ziemlich gut* und der Wert 4 *gut* bezeichnet. Die Zufriedenheit mit der Sitzung stieg von  $M = 3.4$  auf  $M = 4.57$ . Ähnlich wie die subjektive Einschätzung der Projektleitung hat sich die Arbeit der Gruppe von Sitzung zu Sitzung in den verschiedenen Bereichen gesteigert.

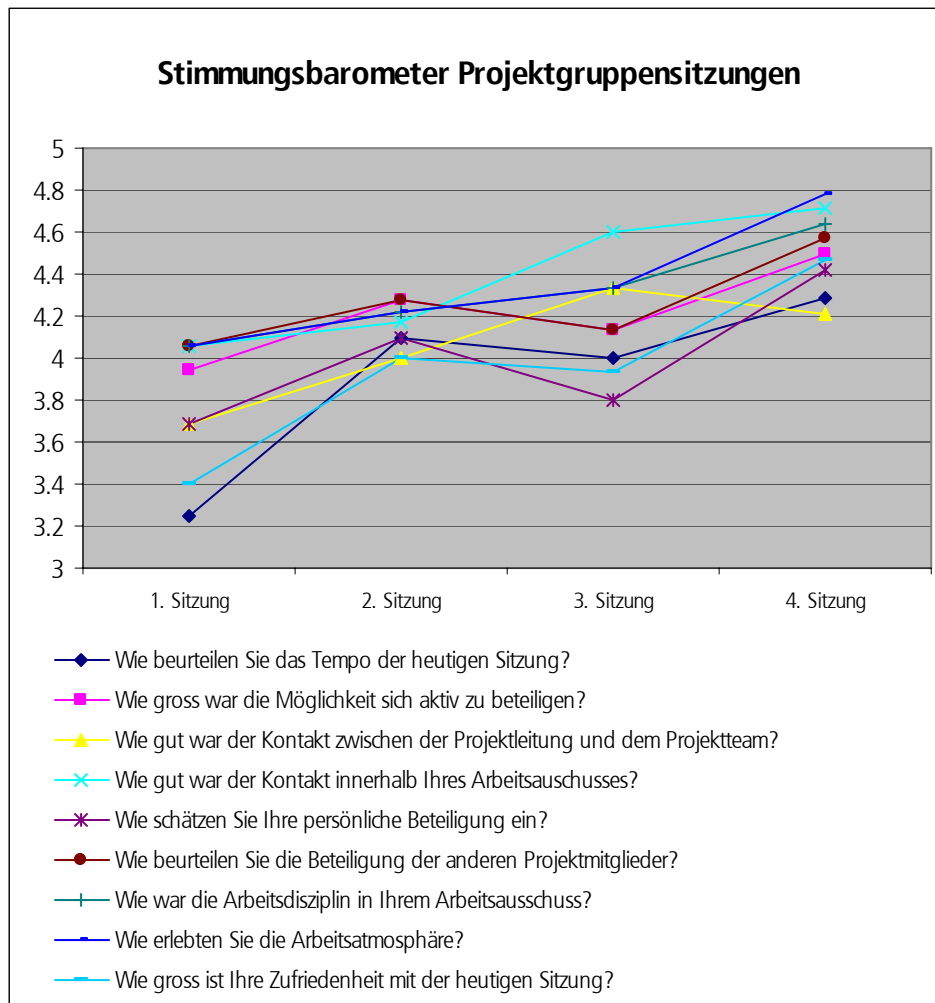


Abb. 4: Auswertung der Stimmungsbarometer der 4 Projektsitzungen

### 7.1.3 Die Beurteilung des Stellenwertes der Angehörigenarbeit

Bei der Beurteilung der *Wichtigkeit von Angehörigenarbeit* fanden 100% der Projektgruppe, dass Angehörigenarbeit in geriatrischen Institutionen grundsätzlich wichtig bis sehr wichtig ist. Weiter gaben 40% der Befragten an, dass Angehörigenarbeit von den Mitarbeitenden bisher wichtig genommen wurde, niemand meinte, dass sie sehr wichtig genommen wurde, und 53% sagten, sie sei teilweise wichtig genommen worden. Nur 6% (entspricht hier einer Person) fanden, dass Angehörigenarbeit von den Mitarbeitenden bisher nicht wichtig genommen wurde.

73% meinten, dass der ärztliche Dienst Angehörigenarbeit wichtig genommen habe, und 83% gingen davon aus, dass die Leitung des Betriebes sie wichtig bis sehr wichtig genommen habe. Allerdings fanden nur 27%, dass die Angehörigen selbst die Angehörigenarbeit wichtig genommen haben.

In Bezug auf die Zukunft waren alle Projektgruppenmitglieder der Meinung, dass die Angehörigenarbeit von allen (Mitarbeitenden, ärztlicher Dienst, Leitung, Angehörige) wichtig bis sehr wichtig genommen werden soll. Der Einsatz einer interdisziplinären Projektgruppe für die Ent-

wicklung der Angehörigenarbeit wird von rund 80% als sinnvoll bis sehr sinnvoll beurteilt und zwar im Hinblick auf die spätere Akzeptanz der Massnahmen im Betrieb (81%), im Hinblick auf die Umsetzbarkeit der Massnahmen (87%) und ebenfalls im Hinblick auf die Qualität der erarbeiteten Massnahmen (81%).

Gesamthaft lässt sich feststellen, dass aus Sicht der Projektgruppe Angehörigenarbeit bereits einen Stellenwert im Pflegezentrum Käferberg hatte, diese aber auch in Zukunft von allen Beteiligten sehr wichtig genommen werden soll.

#### **7.1.4 Die Beurteilung des Zeitbudgets**

Das *Zeitbudget* von vier Sitzungen à 2 Stunden für die Konzeptphase fanden 12% überhaupt nicht ausreichend bis nicht ausreichend. Dagegen beurteilten es 69% als ausreichend bis vollkommen ausreichend. Die zwei Stunden pro einzelne Sitzung wurden von 63% als ausreichend bis vollkommen ausreichend eingestuft. 38% fanden es teilweise ausreichend. Bei der Frage, wie viel Zeit persönlich ausserhalb der Projektsitzungen für das Projekt aufgewendet werden musste, gaben 19% weniger als 2 Stunden an, 44% haben 24 Stunden investiert und 38% haben mehr als 4 Stunden aufgewendet. Die einzelnen Sitzungen scheinen nach Aussage der Projektgruppe genug lang gewesen zu sein, allenfalls war die Zeit für die Konzeptphase etwas zu knapp bemessen.

Die Mitglieder hatten in diesem und anderen Abschnitten des Fragebogens die Möglichkeit, einen persönlichen Kommentar zu hinterlassen.

Kritische Anmerkungen waren hier:

- *Zeit für den Informationsaustausch im Plenum zu knapp bemessen*
- *Lage der Arbeitsgruppensitzungen zu betrieblich ungünstigen Zeiten*
- *Der Zeitplan ist sehr eng*

Positiv wurde angemerkt:

- *In kurzer Zeit viel erarbeitet.*

Auswertungen und Kommentare lassen den Schluss zu, dass die zur Verfügung stehende Zeit zwar knapp bemessen war, das Konzept aber dennoch erarbeitet werden konnte. Man sollte hier auch berücksichtigen, dass die Arbeitsweise mit klar beschränktem Zeitrahmen für alle Beteiligten eher unbekannt war und vielleicht auch aufgrund dessen einen gewissen Druck ausübte.

#### **7.1.5 Die Beurteilung der Zusammensetzung der Projektgruppe**

Die *interdisziplinäre Zusammensetzung* wurde von über 88% als sinnvoll bis sehr sinnvoll beurteilt. Im Hinblick auf die spätere Akzeptanz der Massnahmen fanden dies 88%, im Hinblick auf die Umsetzbarkeit und die Qualität der Massnahmen waren es 94% und 88% im Hinblick auf die Effizienz der Projektarbeit. Niemand beurteilte die interdisziplinäre Zusammensetzung der Projektgruppe als nicht sinnvoll.

Der Einbezug *unterschiedlicher Hierarchiestufen* wurde im Hinblick auf die spätere Akzeptanz der Massnahmen im Betrieb, im Hinblick auf die Umsetzbarkeit und die Qualität der Massnahmen von 100% als sinnvoll bis sehr sinnvoll beurteilt. Im Hinblick auf die Effizienz beurteilen 88% den Einbezug unterschiedlicher Hierarchiestufen als sinnvoll bis sehr sinnvoll, 12% meinten es sei teilweise sinnvoll.

Bei der *Integration von Angehörigen* in die Projektgruppe waren minimale Vorbehalte zu erkennen: 6,3% fanden dieses nicht sinnvoll im Hinblick auf die Umsetzbarkeit, die Qualität und die Effizienz. Dennoch beurteilten über 80% den Einbezug der Angehörigen in die Projektgruppe als sinnvoll bis sehr sinnvoll: im Hinblick auf die spätere Akzeptanz der Massnahmen im Betrieb (88%), die Umsetzbarkeit (88%), die Qualität (94%) und die Effizienz der Projektarbeit (81%).

Eine offene Frage am Ende dieses Abschnittes gab die Möglichkeit, andere Personen zu nennen, die aus Sicht des Projektgruppenmitglieds auch noch hätten berücksichtigt werden müssen. Die Kommentare werden hier wörtlich wiedergegeben:

- *Die relevanten Personen waren aus meiner Sicht im Projekt integriert.*
- *Mitarbeitende Pflege 1 mit Diplom und 1 ohne*
- *Sozialarbeiterin*
- *Es wurden sehr zufriedene Angehörige eingeladen.*
- *Mehr Basismitarbeiter zur besseren Akzeptanz*
- *Mehr Angehörige*
- *Reinigungsdienst, da sie viel sehen und hören*
- *Bereich Therapie; haben ebenfalls viel Kontakt mit Angehörigen*
- *Sozialarbeiterin, Mitarbeiterin Patientenadministration, da sie sehr viel mit Angehörigen zu tun haben und daher auch die Probleme der Angehörigen kennen.*

Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass die Projektgruppe, ähnlich wie die Projektleitung, die Zusammensetzung der Gruppe in Bezug auf Interdisziplinarität und Hierarchisierung als sinnvoll beurteilt. Der Vorschlag aus den Anmerkungen für eine Teilnahme von mehr Basispersonal und der Sozialarbeiterin ist sicher zu überdenken.

### **7.1.6 Die Beurteilung der Arbeitsweise der Projektgruppe**

Die Aufteilung der Projektgruppe in *verschiedene Arbeitsausschüsse* wurden von über 75% als sinnvoll bis sehr sinnvoll beurteilt und zwar im Hinblick auf die spätere Akzeptanz der Massnahmen im Betrieb (88%), im Hinblick auf der Umsetzbarkeit (75%) und im Hinblick auf der Qualität und Effizienz (81%).

Die *thematische Aufteilung* der sieben Arbeitsausschüsse wird von über 73% als sinnvoll bis sehr sinnvoll eingestuft. Im Hinblick auf die spätere Akzeptanz der Massnahmen im Betrieb waren es 67%, im Hinblick auf die Umsetzbarkeit 73%, im Hinblick auf die Qualität der Massnahmen 80%

und im Hinblick auf die Effizienz der Projektarbeit waren es 79%. 7% beurteilten die thematische Aufteilung im Hinblick auf die Umsetzbarkeit und die Qualität der Massnahmen als nicht sinnvoll. Die *gegenseitige Information* der Arbeitsausschüsse im Plenum der Projektgruppe wird von über 73% als sinnvoll bis sehr sinnvoll beurteilt, im Hinblick auf die spätere Akzeptanz der Massnahmen im Betrieb waren es 73%, im Hinblick auf die Umsetzbarkeit, die Qualität und die Effizienz waren es jeweils 75%.

75% der Befragten fanden es wichtig bis sehr wichtig, in einem Ausschuss zu sein, der der eigenen Tätigkeit und den Kompetenzen entspricht. 25% beurteilten das als nur teilweise sinnvoll.

Bei der Frage, ob die Mitglieder der Meinung waren, in einem Arbeitsausschuss gewesen zu sein, der ihrer Tätigkeit und ihren Kompetenzen entsprach, gaben 100% an, dass dieses der Fall gewesen sei. 94% waren der Meinung, dass sie sich in dem Arbeitsausschuss beteiligen konnten.

In Bezug auf die *Verständlichkeit der Aufträge* in den Arbeitsausschüssen beurteilten 79% diese als verständlich bis vollkommen verständlich. 7% fanden diese nicht verständlich und 14% meinten, sie seien teilweise verständlich.

Die *Sitzungsstruktur*, in der abwechselnd im Plenum und dann in den Arbeitsausschüssen gearbeitet wurde, beurteilten 100% als sinnvoll bis sehr sinnvoll im Hinblick auf die Effizienz des Projekts. Im Hinblick auf die Qualität der erarbeiteten Massnahmen wurde die Sitzungsstruktur von 87% als sinnvoll bis sehr sinnvoll beurteilt.

Die *Arbeitsatmosphäre im Arbeitsausschuss* wurde von 88% als angenehm bis sehr angenehm empfunden, der Rest beurteilte diese als teilweise angenehm.

Ähnlich wurde die *Arbeitsatmosphäre in der Projektgruppe* eingestuft. 81% beurteilten diese als angenehm bis sehr angenehm und 19% fanden sie teilweise angenehm.

Die Kommentare und Anmerkungen zu diesem Abschnitt des Fragebogens sahen folgender massen aus.

- *Zeiträumen eher zu knapp bemessen für Arbeit im Arbeitsausschuss/Plenum*
- *Mangels der Zeit konnten wenige Informationen der Arbeitsausschüsse ausgetauscht werden, was jedoch nichts mit dem Resultat zu tun hat.*
- *Zu wenig Zeit um Ergebnisse auszutauschen*
- *Es gab teilweise Überschneidung der Arbeitsausschüsse, deshalb waren der Austausch im Plenum und die Protokolle daher wichtig, etwas knappe Zeit für Austausch im Plenum.*

Die Arbeitsweise der Projektgruppe in thematisch aufgeteilten Arbeitsausschüssen kann nach Datentlage wohl als gelungen bezeichnet werden, vor allem im Hinblick auf die Effizienz des Projekts. Die Kritik, dass die Zeit für den Austausch zu gering war, muss entgegengenommen werden, allerdings bleibt die Frage offen, ob mehr Austausch die Qualität des Ergebnisses wirklich positiv beeinflusst hätte.

### 7.1.7 Die Eigene Inanspruchnahme durch das Projekt

Rund die Hälfte der Projektgruppenteilnehmer war durch das Projekt in ihrer Arbeit zeitlich beansprucht bis sehr beansprucht. 7% fühlten sich überhaupt nicht beansprucht, während 44% teilweise beansprucht waren.

Die Teilnahme am Projekt wird im Hinblick auf die eigene Beteiligung von 94%, im Hinblick auf den Lerneffekt von 81% als positiv bis sehr positiv beurteilt.

Eine offene Frage sollte in Erfahrung bringen, ob die Projektgruppenmitglieder aus der Arbeit in dem Projekt etwas für ihren Arbeitsalltag oder für sich persönlich mitnehmen. Dabei waren positive und negative Antworten erwünscht. Die folgende Aufstellung zeigt die Kommentare der Teilnehmenden im Original:

- *Positiv: Prozess der Projektarbeit: gemeinsames interdisziplinäres Entwickeln einer Idee bis zur Umsetzung*
- *Positiv: das Engagement, sich in einem Projekt zu Angehörigenarbeit zu beteiligen*
- *Positiv: sehr viel! Einsicht in PZ-Betrieb, Arbeitsweise, Anliegen, bekannt werden mit PZ-Führung und Leitung, Verständnis erhöht für die anderen, für Möglichkeiten und Unmöglichkeiten*
- *Positiv: Zeitmanagement, Organisation des Projekts*
- *Positiv: Vertiefung des Bewusstseins, meinungsbildend. Umsetzung der Angehörigenarbeit = Meilenstein in der Gerontologie*
- *Negativ: Arbeitsaufwand und Zeit für die Umsetzung. Entspricht die Umsetzung des Projekts unseren Ressourcen?*
- *Positiv: Andere Meinungen gehört. Stärken und Schwächen der Unternehmung erfahren*
- *Positiv: die interdisziplinäre Zusammenarbeit hat sich verstärkt*
- *Positiv: Sehr wertvoll direkter Input allgemeiner Art von Angehörigenseite*
- *Positiv: eine gemeinsame Sprache finden ist ein lehrreicher Prozess*
- *Negativ: Vielleicht ist das Brainstorming zu kurz gekommen?*
- *Positiv: Arbeit in verschiedenen Arbeitsausschüssen als mögliche Vorgehensweise in anderen grossen, interdisziplinären Projekten.*
- *Positiv: Dass man auch unter Zeitdruck gute Resultate erreichen kann; dass in einer Gruppe sehr viele Ideen entstehen und dass sich die Gruppenmitglieder gegenseitig inspirieren und beflügeln*

Die Projektarbeit hat die Gruppenmitglieder offensichtlich zeitlich beansprucht. Trotzdem wird die Teilnahme der Mitglieder rückblickend mehrheitlich positiv beurteilt. Auch die Kommentare zeigen deutlich mehr positive Rückmeldungen und lassen darauf schliessen, dass der Ertrag der Mitarbeit für den Einzelnen über dem Aufwand lag.



### 7.1.8 Die Beurteilung der Ergebnisse der Projektarbeit

Das *Arbeitsergebnis des Arbeitsausschusses* wird von über 87% als gut bis sehr gut beurteilt und zwar sowohl grundsätzlich (94%) als auch im Hinblick auf die Auftragserfüllung (94%), die spätere Akzeptanz der Massnahmen im Betrieb (88%), die Umsetzbarkeit der Massnahmen (94%) und die Berücksichtigung der Bedürfnisse aller Beteiligten (87%).

Vergleichbar gut fällt die Beurteilung des *Arbeitsergebnisses der Projektgruppe* als Ganzes aus. Dieses wurde grundsätzlich und im Hinblick auf die Auftragserfüllung von 100% als gut bis sehr gut beurteilt. In Bezug auf die spätere Akzeptanz der Massnahmen im Betrieb, die Umsetzbarkeit und auch in Bezug auf die Berücksichtigung auf die Bedürfnisse aller Beteiligten waren es jeweils 94%, die das Arbeitsergebnis als gut bis sehr gut einstufen.

Bei der Frage, ob das *Ergebnis den Bedürfnissen der Angehörigen* entspricht, bestätigten dieses 100%. Ebenfalls 100% waren der Meinung, dass für alle unterschiedlichen Personengruppen von Angehörigen mindestens ein Angebot im Ergebnis vorhanden ist.

Die einzelnen Projektgruppenmitglieder scheinen mit dem, was in ihrem Arbeitsausschuss erarbeitet wurde und ebenso was das Gesamtergebnis der Projektgruppe betrifft, zufrieden zu sein. An dieser Stelle kann sicher eingewendet werden, dass die Beurteilung so positiv ausfällt, weil es sich dabei indirekt um eine Selbstbeurteilung handelt. Andererseits ist zu berücksichtigen, dass die Projektgruppe dem Projekt und auch der Arbeit zu Beginn durchaus kritisch und im Hinblick auf das mögliche Ergebnis auch zweifelnd gegenüberstand, aber Bereitschaft zeigte, sich auf dieses Experiment einzulassen.

### 7.1.9 Die Beurteilung der Umsetzbarkeit

88% der Projektgruppe sind der Meinung, dass die erarbeiteten Massnahmen im Pflegezentrum Käferberg gut bis sehr gut umsetzbar sind. 13% fanden diese teilweise umsetzbar. Die Umsetzbarkeit der Massnahmen in den anderen Pflegezentren wird als etwas weniger gut eingeschätzt. Hier waren es 71%, die das Konzept als gut bis sehr gut umsetzbar einstufen und 29% als teilweise umsetzbar.

Auf die Frage, welche Schwierigkeiten die Projektgruppenmitglieder bei der Umsetzung des Konzepts sehen, erhielten wir folgende Antworten:

- *Anfangsinvestition (Zeitressourcen) bis sichtbares Ergebnis vorliegt/Ergebnis nicht unbedingt messbar (weiche Faktoren)*
- *Implementation muss gut vorbereitet, begleitet und evaluiert werden. Für Nachhaltigkeit sorgen, wenn Konzept umgesetzt ist*
- *Sensibilisierung der Mitarbeitenden für die Angehörigenarbeit*
- *Schulung der Mitarbeitenden als Dauerthema, ist das möglich?*
- *Angehörige, die nicht mitmachen*
- *Schulung von allen Mitarbeitenden/ Interesse/ Zeitmanagement*

- *Arbeits- und Zeitaufwand im Alltag mit immer denselben Ressourcen? Auf der anderen Seite bringt es auch Arbeitszufriedenheit und Zufriedenheit aller Beteiligten.*
- *Komplexität und zur Verfügung stehende Ressourcen*
- *Damit Projekte gut umgesetzt werden können, benötigt es eine gute Einführung der Mitarbeitenden und anschliessend eine gute Begleitung während der Umsetzung. Ich hoffe, dass dem genügend Rechnung getragen wird.*
- *Braucht viel Zeit für Weiterbildung*
- *Schulungsangebot – Zeit – Geschwindigkeit*
- *Akzeptanz/Kooperation bei den Angehörigen schwer voraussehbar, gewisse Bedenken von übertriebenen Befindlichkeiten seitens der Angehörigen könnten zu Abgrenzungsproblematik führen.*
- *Wie kommen die Leute aus dem alten Geleise? Macht der Gewohnheit!*
- *Erforderlich ist teilweise eine Umdenken und ein Verändern der eigenen Haltung und des Verhaltens; Verhaltensänderungen sind sehr schwierig!*
- *Gesprächsführung ist sehr komplex; es dürfte schwierig sein mit einer einmaligen Schulung grosse Veränderungen zu erreichen.*
- *Die Zeit ist sehr knapp, evt. die verfügbaren personellen Ressourcen, Überschneidungen mit anderen Projekten etc.*
- *Das Projekt ist sehr kurzfristig angelegt und die Zeit für die Umsetzung sehr ambitiös. Es kann aber auch ein Vorteil sein, dass das Projekt zügig vorangetrieben wird.*
- *Ich denke, dass das Projekt Modellcharakter hat und die darin enthaltenen Ziele gut auf andere Pflegezentren anwendbar sind. Es enthält Pionierideen, die die Zusammenarbeit mit den Angehörigen in ein neues Licht stellen und der Angehörigenarbeit eine neue Bedeutung geben. Es ist ein neuer Ansatz und Perspektivenwechsel.*

Die Umsetzbarkeit der erarbeiteten Massnahmen wurde von der grossen Mehrheit zunächst als gut bis sehr gut bezeichnet. Erst auf die konkrete Frage nach möglichen Schwierigkeiten wurden einige Zweifel angemeldet. Probleme werden demnach vor allem im Hinblick auf die Komplexität des Projekts gesehen. Dabei stehen Zeit, Arbeitsaufwand und zur Verfügung stehende Ressourcen im Vordergrund. Zudem wird der Aufwand der Begleitung und Schulung der Mitarbeitenden als mögliche Schwierigkeit antizipiert.

#### **7.1.10 Die Beurteilung der Projektleitung**

Zum Abschluss sollte die Arbeit der Projektleitung innerhalb der Konzeptphase noch kritisch beleuchtet werden. Die Informationen, die zu Beginn der Sitzungen von der Projektleitung abgegeben wurden, die Instruktionen zur Erledigung der Arbeitsaufträge und die Protokolle der Sitzungen sollten von der Projektgruppe in Bezug auf die Verständlichkeit, Vollständigkeit und Nützlichkeit beurteilt werden.

Bei der *Information* sah die Beurteilung wie folgt aus: 87% beurteilten sie als gut bis sehr verständlich, 93% als vollständig bis sehr vollständig, und ebenfalls 93% fanden die Informationen als nützlich bis sehr nützlich.

Die *Instruktionen* in den Sitzungen zur Erledigung der Aufträge wurden von über 88% als verständlich bis sehr verständlich beurteilt. Jeweils 100% waren der Meinung, diese seien vollständig und nützlich bis sehr nützlich gewesen.

Die *Protokolle der Projektsitzungen* wurden in Bezug auf die Verständlichkeit von 88% als verständlich bis sehr verständlich beurteilt. Hinsichtlich der Vollständigkeit gaben 81% an sie seien vollständig bis sehr vollständig gewesen. Auch bei der Nützlichkeit waren 81% der Projektgruppe dieser Meinung.

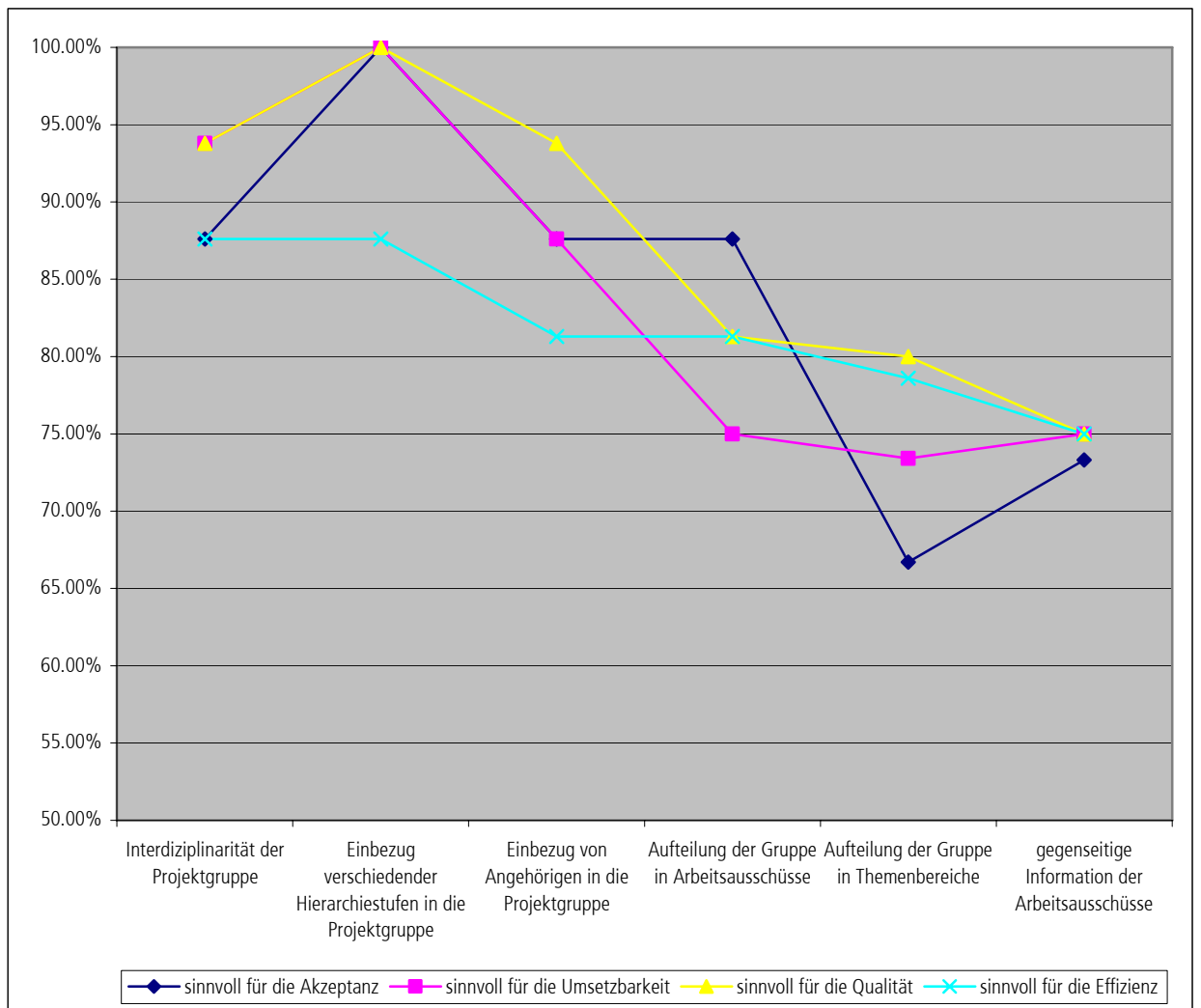
Die *Moderation* der einzelnen Projektsitzungen wurde von 100% als gut bis sehr gut beurteilt. Zusammengefasst wurde die Leitung des Projekts innerhalb der vier Sitzungen ebenfalls mehrheitlich positiv beurteilt. Informationen und Instruktionen wurden als verständlich, vollständig und nützlich eingestuft. Die von der Projektleitung gewählte Kombination aus kurzer Information und Formulierung konkreter Arbeitsaufträge hat sich nach Beurteilung der Projektgruppe bewährt.

### ***Zusammenfassung***

Da die vermutete Akzeptanz, die Umsetzbarkeit und Qualität der Massnahmen und die Effizienz der Projektarbeit in der Befragung von besonderem Interesse waren, soll die nachstehende Grafik (siehe Abbildung 5) noch einmal einen zusammenfassenden Überblick darüber geben, wie sinnvoll die Projektgruppe die Zusammensetzung der Projektgruppe und deren Arbeitsweise in Hinblick darauf beurteilte. Die angegebenen Prozentwerte schliessen jeweils die Beurteilungsstufen *sinnvoll* und *sehr sinnvoll* zusammen.

Die bildliche Darstellung macht deutlich, dass die Zusammensetzung und Arbeitsweise der Projektgruppe aus Sicht der Mehrheit (mehr als 65%) der Projektgruppe im Hinblick auf Akzeptanz, Umsetzbarkeit, Qualität und Effizienz als sinnvoll bis sehr sinnvoll angesehen wurden. Es zeigt sich auch, dass der Einbezug verschiedener Hierarchiestufen für alle vier Kriterien mit 100% als wichtigstes Element eingestuft wurde.

Zusammenfassend wird die Konzeptphase von der Projektgruppe nach Auswertung der Fragebögen als erfolgreich beurteilt. Dem immer wieder auftauchenden Kritikpunkt des zu gedrängten Zeitplans ist entgegenzustellen, dass dieser von vornherein so geplant und auch beabsichtigt war. Die Projektleitung war sich dessen bewusst, und das Ergebnis und dessen positive Beurteilung zeigen, dass der gewählte Weg richtig war. Es ging bei dieser Zeitstruktur nicht darum, die Gruppe zu überfordern, und es war auch nicht zu wenig Zeit eingeplant worden, sondern es sollte mit möglichst wenig betrieblichen Ressourcen ein möglichst gutes Ergebnis erzielt werden. Und dieses ist mit Abschluss der Konzeptphase gelungen.



**Abb. 5: Beurteilung der Arbeitsweise und der Zusammensetzung der Projektgruppe im Hinblick auf die Akzeptanz, Umsetzbarkeit und Qualität der Massnahmen und die Effizienz der Projektarbeit.**

## 7.2 Die Beurteilung der Umsetzungsphase

Das Projekt zur Angehörigenarbeit hatte sich zur Aufgabe gemacht, den Mitarbeitenden an mehreren Punkten Unterstützung anzubieten und den Angehörigen verschiedene Angebote zu machen, sie zu integrieren und damit möglicherweise beide Gruppen zu entlasten. Die Fragestellung zur Umsetzung war eine explorative. Es wurden dazu keinen spezifischen Daten erhoben, sondern vor allem die Erfahrungen und Beobachtungen der verantwortlichen Personen zusammengefasst.

In der unmittelbaren Vorbereitung der Umsetzung entstand für die Projektleitung und weitere Verantwortliche noch einmal ein erhöhter Zeitdruck. Die Hilfsmittel für die Umsetzung wie Checklisten für die Angehörigengespräche, der Leitfaden zur Erreichbarkeit des ärztlichen Dienstes oder die Boxen für Lob und Kritik mussten zum Teil noch entwickelt oder angeschafft werden. Im nächsten Schritt musste dann betrieblich festgelegt werden, wie die neuen Dokumente den zuständigen Personen verfügbar gemacht werden. Diese Phase erforderte eine gute Organisation, engste Zusammenarbeit und eine sehr gute Koordination. Hier hat sich die Freistellung einer Person für die Koordinationsaufgaben zur Entlastung der Projektleitung absolut bewährt. Es ist zu vermuten, dass es ohne diese Entscheidung zu einer Verzögerung in der Umsetzung und damit zu einem veränderten Gesamtzeitplan gekommen wäre.

Die Planung und Durchführung der Schulungen der Mitarbeitenden verlief reibungslos, da in der Annahme, dass es wahrscheinlich nötig würde, Fortbildungen anzubieten, bereits zeitliche und räumliche Ressourcen eingeplant waren. Die gewählte Form der Fortbildung, hierarchisch von unten nach oben aufgebaut und zunächst allen Mitarbeitenden mit Kundenkontakt eine allgemeine Einführung in die Angehörigenarbeit und das konkrete Projekt gebend, hat sich aus Sicht der Projektleitung bewährt. Im Anschluss daran weitere Fortbildungen mit spezifischeren Themen für bestimmte Zielgruppen anzubieten, kann im Nachhinein ebenfalls als sehr sinnvoll beurteilt werden, da diese eine konkrete Vorbereitung auf neue Aufgaben ermöglichte. Dadurch, dass alle das gleiche Wissen vermittelt bekommen hatten, wurde der Transfer aus der Fortbildung in die Praxis enorm erleichtert und das Thema „Angehörige“ fand Einlass in den Arbeitsalltag.

In sorgfältig geplanten Schritten wurden die Angebote für Angehörige nacheinander eingeführt. Eine offene und transparente Information gegenüber allen Beteiligten war hier aus Sicht der Projektleitung von besonderer Wichtigkeit. Diese gesamte Phase der Umsetzung wurde sowohl intern als auch von extern engmaschig begleitet. Regelmässige Rückkoppelungen und Abstimmungen der gemachten Erfahrungen im Alltag mit den Ansprüchen des Konzepts waren hilfreich, um das Projekt in die gedachten Bahnen zu lenken. Für die Mitarbeitenden war die physische Präsenz der Projektleitung in dieser Phase unterstützend, da dem auch ein symbolischer Wert beizumessen ist. Das Signal „Wir wollen alle gemeinsam etwas bewegen!“ festigte die Solidarität in dem Projekt und erhöhte vermutlich letztlich auch die Akzeptanz.

Die vielen neuen Massnahmen und Aufgaben zur Betreuung und Integration von Angehörigen bedeuteten auf der Handlungs- und Strukturebene des Betriebs eine nicht zu unterschätzende Veränderung und zusätzliche zeitliche Belastung für alle Beteiligten. Der Zeitdruck hat sich vor allem auf die Abteilungsleitungen ausgewirkt, da diese innerhalb von acht Wochen allen Angehörigen ihrer Abteilungen ein Gespräch anbieten und dieses nach Möglichkeit auch durchführen sollten. Dies interferierte mit einem Auftrag aus der Zentrale der Pflegezentren der Stadt Zürich, in dem zum gleichen Zeitpunkt Zielvereinbarungsgespräche mit den Mitarbeitenden gefordert waren. Die Problematik kam im Fachzirkel zur Sprache, und die Projektleitung hat umgehend beschlossen, den Zeitraum für die Angehörigengespräche um drei Wochen zu verlängern.

Eine weitere positive Erfahrung bei der Umsetzung war die grosse Nachfrage zur Teilnahme an den Seminaren für Angehörige. So musste das Thema Gedächtnis bereits im ersten Lauf doppelt durchgeführt werden. Dies scheint sowohl das Bedürfnis zur Wissenserweiterung als auch die richtige Themenwahl der Projektgruppe zu bestätigen.

Das Konzept konnte, wie bereits in Kapitel 5 dargestellt, mit all seinen Angeboten und Massnahmen im vorgegebenen Zeitrahmen in die Praxis umgesetzt werden. Das anvisierte Ziel wurde erreicht. Aus Sicht der Betriebsleitung war der Aufwand für alle Beteiligten sehr gross und vor der Umsetzung nicht genau absehbar. Durch die engmaschige Begleitung war es aber möglich, bei Engpässen oder Schwierigkeiten sofort zu reagieren und unterstützend zur Seite zu stehen. Rückblickend war der Zeitdruck, unter dem die Einführung in die Praxis erfolgte aber auch von Vorteil. Die gesamte Präsenz der Mitarbeitenden wurde gefordert, und dadurch dass alle am gleichen Thema arbeiteten und dabei mit den gleichen Schwierigkeiten konfrontiert waren, entstand ein echtes Wir-Gefühl innerhalb des Betriebs. Angehörigenarbeit war mit allen Schwierigkeiten und Erfolgen ein zentrales Gesprächsthema im Pflegezentrum Käferberg.

Nach Abschluss der Umsetzung wurden nur wenige unwesentliche Anpassungen getroffen. So wurde die Anzahl der Informationsanlässe auf der Abteilung reduziert, da die Teilnehmerzahl gerade auf den kleineren Wohneinheiten verschwindend klein war und sich so der Aufwand nicht gelohnt hätte. Alle anderen Angebote haben sich in der Umsetzung bewährt und sollten sich in der Datenerhebung durch Angehörige und Mitarbeitende beurteilen lassen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass, auch wenn der Zeitraum zur Umsetzung relativ knapp bemessen war, alle Angebote eingeführt werden konnten. Dies ist zum einen wohl der konsequenten und straffen Führung der Projektleitung, zum anderen aber ganz sicher dem grossen und motivierten Engagement der Mitarbeitenden insbesondere den Abteilungsleitungen im Pflegezentrum zu verdanken. Ausserdem zeigte in der Phase der Umsetzung die interdisziplinäre Zusammensetzung der Projektgruppe möglicherweise die gewünschte Wirkung. Das Projekt sollte von vornherein möglichst breit abgestützt und damit die Akzeptanz positiv beeinflusst werden. So

wurden die Massnahmen trotz des Mehraufwands, den sie zunächst zur Folge hatten, von den Mitarbeitenden vollumfänglich als wichtig und notwendig eingestuft, akzeptiert und umgesetzt.

Nach diesen Einschätzungen des Projektleitungsgremiums soll in den nächsten Abschnitten die Beurteilung der Angehörigen und Mitarbeitenden aufgrund der Befragung detailliert dargestellt werden.

## 7.3 Ergebnisse der Fragebogenerhebung der Stichprobe „Angehörige“

### 7.3.1 Deskriptive Daten der Stichproben „Angehörige“

Zum ersten Messzeitpunkt nahmen 190 Personen an der Untersuchung teil. Zum zweiten Zeitpunkt waren es 141 und bei 68 Personen war es möglich, die Daten aus beiden Befragungen einander zuzuordnen (siehe Tabelle 1). Der Rücklauf lag in der ersten Befragung bei 41.8% und in der zweiten bei 26.5%.

Es wird ersichtlich, dass der Anteil an weiblichen Teilnehmerinnen mit über 60% die Mehrheit bildet. In Bezug auf das Alter wurden in der Auswertung fünf Gruppen gebildet, denen sich aus den Stichproben ähnlich viele Personen zuordnen liessen.

**Tabelle 1:**  
**Soziodemografische Daten der Stichproben „Angehörige“**

	<b>Angehörige Messzeitpunkt 1 <i>Stichprobe 1</i></b>	<b>Angehörige Messzeitpunkt 2 <i>Stichprobe 2</i></b>	<b>Angehörige Messzeitpunkte 1+2 <i>Stichprobe 3</i></b>
Anzahl Teilnehmende	<i>N</i> =190	<i>N</i> =141	<i>N</i> =68
Geschlecht:			
männlich	30.7% ( <i>n</i> =58)	39.3% ( <i>n</i> =55)	35.2% ( <i>n</i> =24)
weiblich	69.3% ( <i>n</i> =131)	60.7% ( <i>n</i> =85)	64.7% ( <i>n</i> =44)
Alter:			
17-49	11.6% ( <i>n</i> =22)	15.6% ( <i>n</i> =22)	8.8% ( <i>n</i> =6)
50-59	34.2% ( <i>n</i> =65)	27.0% ( <i>n</i> =38)	32.4% ( <i>n</i> =22)
60-69	23.2% ( <i>n</i> =44)	29.8% ( <i>n</i> =42)	27.9% ( <i>n</i> =19)
70-79	14.7% ( <i>n</i> =28)	17.7% ( <i>n</i> =25)	22.1% ( <i>n</i> =15)
>80	11.1% ( <i>n</i> =21)	7.8% ( <i>n</i> =11)	7.4% ( <i>n</i> =5)
Verwandtschaftsgrad:			
EhepartnerIn	10.7% ( <i>n</i> =19)	12.2% ( <i>n</i> =17)	16.9% ( <i>n</i> =11)
FreundIn	3.4% ( <i>n</i> =6)	2.2% ( <i>n</i> =3)	6.2% ( <i>n</i> =4)
Tochter/Sohn	63.8% ( <i>n</i> =113)	58.3% ( <i>n</i> =81)	56.9% ( <i>n</i> =37)
Nichte/Neffe	9.0% ( <i>n</i> =16)	7.9% ( <i>n</i> =11)	9.2% ( <i>n</i> =6)
Anderes	13.0% ( <i>n</i> =23)	15.8% ( <i>n</i> =22)	10.8% ( <i>n</i> =7)
Eltern	0.0%	3.6% ( <i>n</i> =5)	
Zivilstand			
ledig	13.8% ( <i>n</i> =26)	11.5% ( <i>n</i> =16)	9.0% ( <i>n</i> =6)
verheiratet	67.6% ( <i>n</i> =127)	66.2% ( <i>n</i> =92)	73.1% ( <i>n</i> =49)
geschieden	9.0% ( <i>n</i> =17)	10.8% ( <i>n</i> =15)	9.0% ( <i>n</i> =6)
verwitwet		11.5% ( <i>n</i> =16)	
keine Angaben	9.6% ( <i>n</i> =18)	0%	9% ( <i>n</i> =6)



Gesamthaft zeigt sich, dass hier eine grosse Spannweite von 17 Jahren bis 87 Jahren vorliegt. Die Stichproben sind bezüglich Alter als sehr heterogen zu bezeichnen. Ganz anders in den beiden weiteren Erhebungskriterien. Die meisten Teilnehmenden waren zu beiden Messzeitpunkten und damit auch in der Stichprobe 3 die Töchter und Söhne der Bewohner. Und weit über 60% der Personen aller drei Stichproben waren verheiratet.

### 7.3.2 Stichproben „Angehörige“ im Vergleich

Zur Veranschaulichung werden die drei Stichproben in den nachstehenden Diagrammen noch einmal im Vergleich dargestellt.

Die Abbildung 6 zeigt deutlich, dass die Teilnehmerzahl in der zweiten Befragung gesunken ist. Es haben sich weniger Personen beteiligt. Dafür können verschiedene Ursachen vermutet werden. Zum einen ist eventuell der Umfang des Fragebogens eine Ursache.

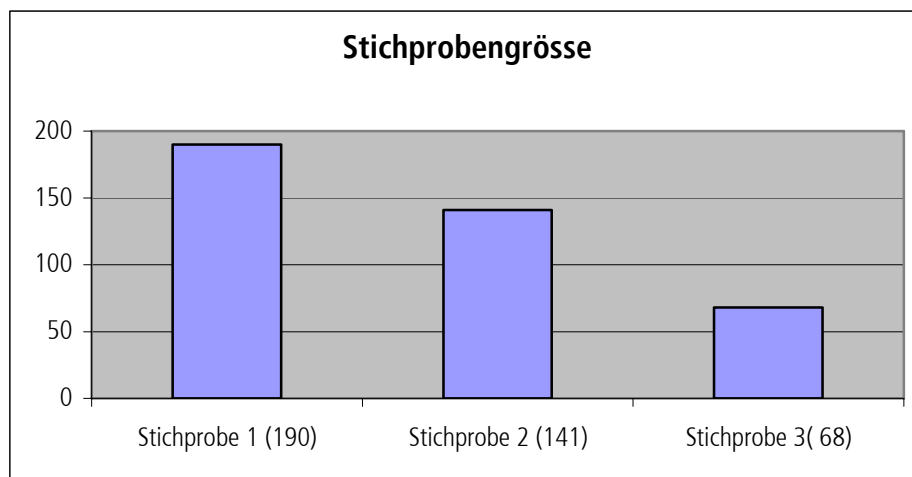


Abb. 6: Vergleich der Stichprobengrösse in den drei Stichproben „Angehörige“

Es muss berücksichtigt werden, dass das Ausfüllen einen gewissen Zeitaufwand bedeutet. Zum anderen ist es auch vorstellbar, dass es Personen gab, die trotz des Begleitbriefes den Eindruck hatten, es sei nicht erforderlich, ein zweites Mal teilzunehmen, da sie den gleichen Fragebogen bereits ein Jahr zuvor ausgefüllt hatten.

Die Geschlechterverteilung (siehe Abbildung 7) war in allen drei Stichproben ungefähr gleich. Ganz wie aus anderen Untersuchungen zu erwarten, war auch hier der Anteil an weiblichen Personen grösser als der männlicher.

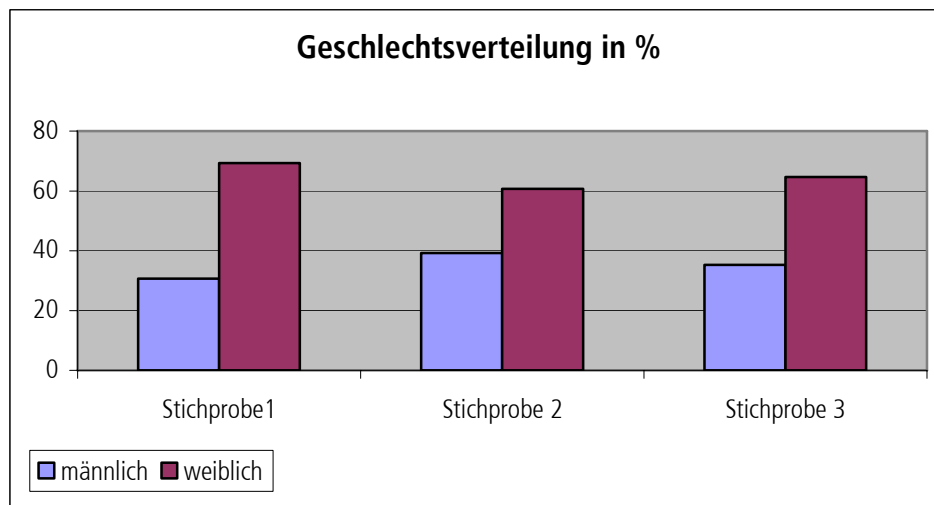


Abb. 7: Vergleich der Geschlechterverteilung in den drei Stichproben „Angehörige“

Wenn man den Verwandtschaftsgrad in drei grosse Gruppen zusammenfasst (Ehe-/ Lebenspartner; Töchter/Söhne; Anderes) zeigt sich, dass es in allen drei Stichproben mehrheitlich Töchter und Söhne der Bewohner waren, die an der Befragung teilgenommen haben (siehe Abbildung 8).

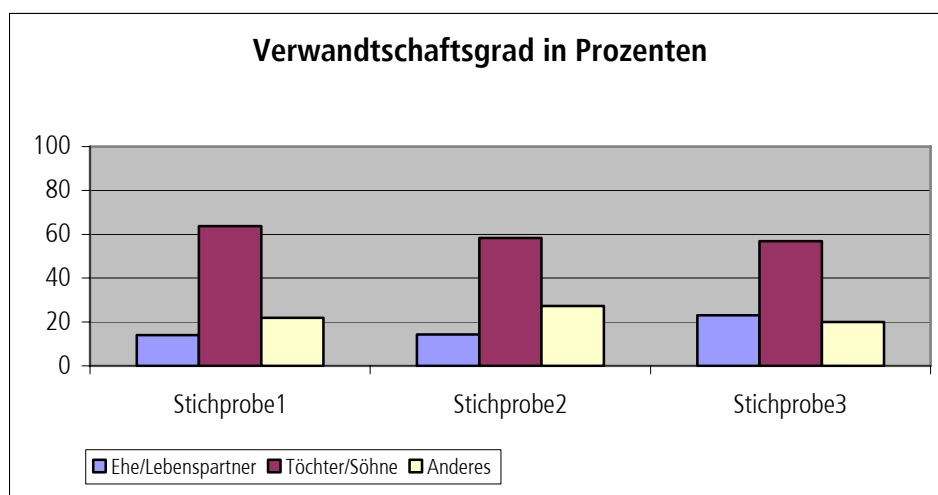


Abb. 8: Vergleich der Verteilung der Verwandtschaftsgrade in den drei Stichproben „Angehörige“

### 7.3.3 Prä- /Post-Vergleich „Angehörige“

In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse des Prä- /Post-Vergleichs der Stichprobe der Angehörigen berichtet. Zu Beginn aller Berechnungen wurde die Stichprobe auf Geschlechts-, Alters- und Gruppeneffekte untersucht. Es lassen sich hier weder Alters- noch Geschlechtseffekte nachweisen.

**Tabelle 2:**  
**Gruppenunterschiede auf den beiden Belastungsskalen zu den beiden Messzeitpunkten**

Gruppenunterschiede der subjektiven Belastungsbewertung zu den beiden Messzeitpunkten							
		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i> -Wert	<i>df</i>	<i>p</i>
<b>Subjektive Belastung T1</b>							
-	Ehe/Lebenspartner	15	2.42	.78	4.940	2	.010
-	Töchter/ Söhne	37	1.82	.73			
-	andere	13	1.62	.67			
<b>Belastung durch den Heimeintritt und das Leben im Heim T1</b>							
-	Ehe/Lebenspartner	15	2.45	.87	11.433	2	.000
-	Töchter/ Söhne	37	1.58	.53			
-	andere	13	1.47	.65			
<b>Subjektive Belastung T2</b>							
-	Ehe/Lebenspartner	15	2.38	.80	4.088	2	.022
-	Töchter/ Söhne	36	1.89	.79			
-	andere	12	1.56	.63			
<b>Belastung durch den Heimeintritt und das Leben im Heim T2</b>							
-	Ehe/Lebenspartner	15	2.45	.87	11.433	2	.000
-	Töchter/ Söhne	36	1.58	.53			
-	andere	12	1.47	.65			

Sieht man sich aber die verschiedenen Verwandtschaftsgruppen an, so lässt sich auf den Skalen „subjektive Belastung“ und „Belastung durch den Heimeintritt und das Leben im Heim“ ein signifikanter Unterschied erkennen. Zu beiden Messzeitpunkten sind die Ehe- und Lebenspartner auf beiden Skalen signifikant höher belastet als die Töchter und Söhne und auch als die Gruppe der „anderen“ (siehe Tabelle 2).

### 7.3.3.1 Die Zufriedenheit mit den einzelnen Bereichen

Die Angehörigen wurden an dieser Stelle gefragt, wie zufrieden sie mit der Arbeit der einzelnen Dienstbereiche sind. Die Auswertung zeigt, dass sich in der Bewertung der Zufriedenheit mit den einzelnen Bereichen vom Zeitpunkt 1 bis zum Zeitpunkt 2 keine wesentlichen Veränderungen ergeben (siehe Abbildung 9).

Die Beurteilung des Pflegedienstes war bei der ersten Messung  $M_1 = 4.24$  ( $SD = .06$ ) und zur zweiten  $M_2 = 4.30$  ( $SD = .74$ ) ( $t$ -Wert =  $-.683$ ;  $df = 65$ ;  $p = .248$ ). Für die Betriebsleitung ergab die Auswertung  $M_1 = 4.22$  ( $SD = .81$ ) und  $M_2 = 4.14$  ( $SD = .94$ ) ( $t$ -Wert =  $.843$ ;  $df = 58$ ;  $p = .215$ ). Die Verwaltung erreichte in der ersten Befragung einen Mittelwert von  $M_1 = 4.13$  ( $SD = .77$ ) und in der zweiten  $M_2 = 4.07$  ( $SD = .92$ ) ( $t$ -Wert =  $.683$ ;  $df = 59$ ;  $p = .248$ ). Der Hausdienst wurde mit  $M_1 = 4.12$  ( $SD = .77$ ) und  $M_2 = 4.21$  ( $SD = .69$ ) ( $t$ -Wert =  $-.869$ ;  $df = 57$ ;  $p = .195$ ) beurteilt. Die Beurteilung der Küche und des Arztdienstes lag ein bisschen unter den Bewertungen der anderen Bereiche (Küche:  $M_1 = 3.84$  ( $SD = 1.07$ ) und  $M_2 = 3.67$  ( $SD = 1.13$ ) ( $t$ -Wert =  $1.562$ ;  $df = 57$ ;  $p = .062$ ); ärztlicher Dienst:  $M_1 = 3.58$  ( $SD = 1.05$ ) und  $M_2 = 3.71$  ( $SD = .82$ ) ( $t$ -Wert =  $-.956$ ;  $df = 61$ ;  $p = .171$ ).

Die minimalen Unterschiede in der Bewertung sind statistisch alle nicht signifikant. Gesamthaft lässt sich feststellen, dass die Angehörigen bereits vor dem Projekt eine hohe Zufriedenheit mit den einzelnen Bereichen angaben, die im weiteren Verlauf nicht beeinflusst wurde. Da die beiden am meisten exponierten Berufsgruppen der Pflegedienst und der Arztdienst sind, wurde in weiteren Analysen untersucht, ob sich die Mittelwerte zu beiden Messzeitpunkten signifikant voneinander unterscheiden. Die Ergebnisse zeigen, dass die Zufriedenheit der Angehörigen mit dem Pflegedienst in beiden Messungen signifikant höher ist als die mit dem Arztdienst (T1:  $t$ -Wert =  $3.538$ ,  $df = 131$ ,  $p < .01$ ; T2:  $t$ -Wert =  $4.447$ ,  $df = 128$ ,  $p < .001$ ).

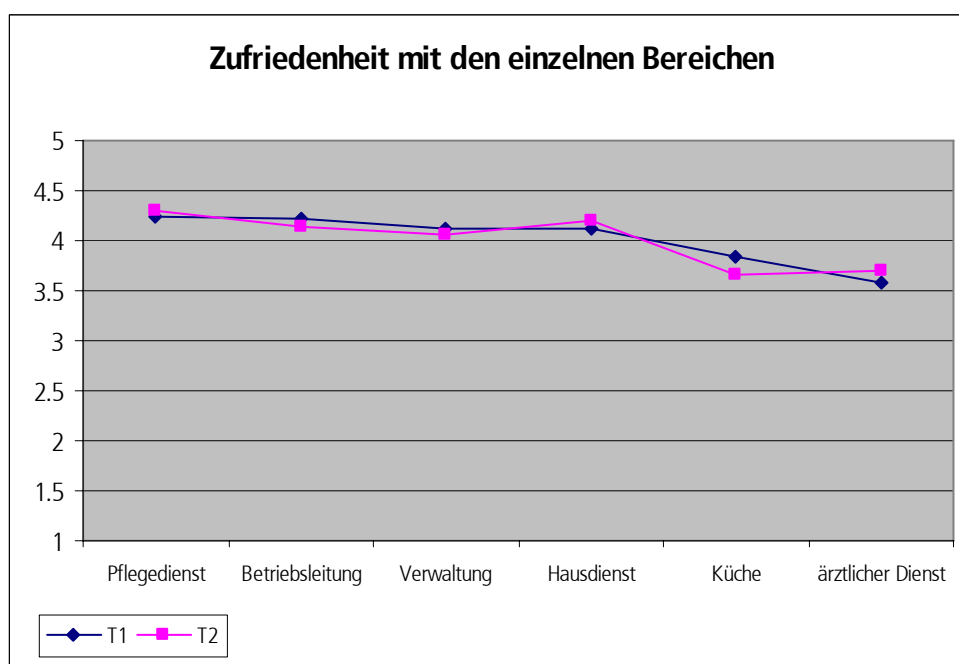


Abb. 9: Zufriedenheit der Angehörigen mit den einzelnen Dienstbereichen zu beiden Messzeitpunkten (Mittelwerte) (1 = überhaupt nicht zufrieden; 5 = sehr zufrieden)

### 7.3.3.2 Die Zufriedenheit mit fachlicher Betreuung, mit menschlicher Betreuung und „gut aufgehoben sein“

Die Bewertung der menschlichen Betreuung zum ersten Messzeitpunkt ergab einen Mittelwert von  $M_1 = 4.29$  ( $SD = .86$ ) und zum zweiten  $M_2 = 4.38$  ( $SD = .78$ ),  $t$ -Wert =  $-1.180$ ;  $df = 65$ ;  $p = .121$ . Die fachliche Betreuung lag mit  $M_1 = 4.05$  ( $SD = .90$ ) und  $M_2 = 4.06$  ( $SD = .89$ ),  $t$ -Wert =  $.145$ ;  $df = 65$ ;  $p = .442$  knapp darunter. Gesamthaft lagen die Bewertungen für beide Kriterien zwischen zufrieden und sehr zufrieden (siehe Abbildung 10). Dieses veränderte sich auch nach Abschluss des Projekts nicht.

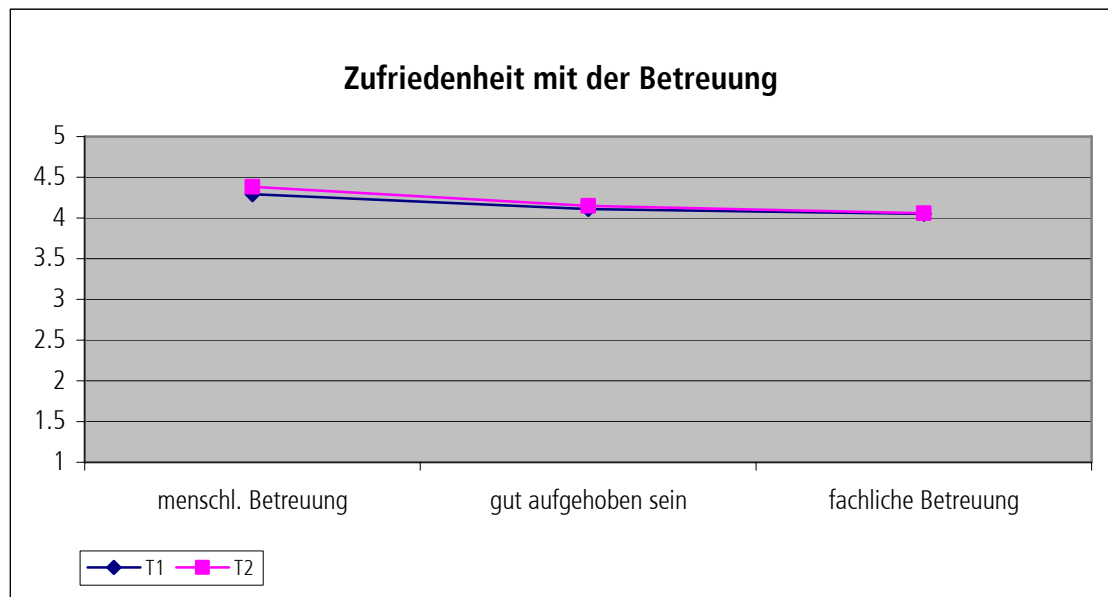


Abb. 10: Zufriedenheit der Angehörigen mit verschiedenen Aspekten der Betreuung zu beiden Messzeitpunkten (Mittelwerte) (1 = überhaupt nicht zufrieden, 5 = sehr zufrieden)

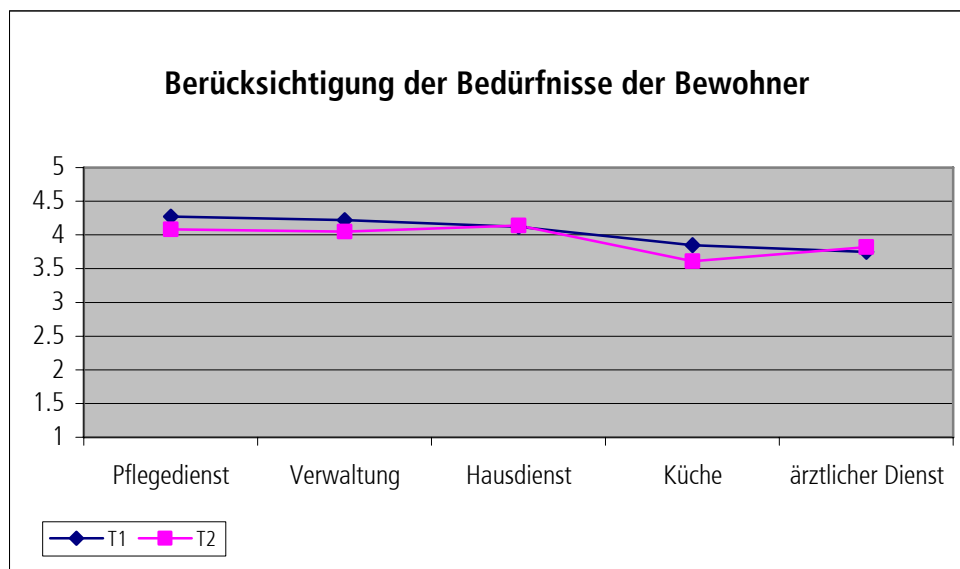
Der Frage, ob sich ihr Familienmitglied im Pflegezentrum gut aufgehoben fühlt, wurde im Durchschnitt mit einem Wert von  $M_1 = 4.11$  ( $SD = .95$ ) zum ersten Zeitpunkt und einem Wert von  $M_2 = 4.15$  ( $SD = .86$ ) ( $t$ -Wert =  $-.536$ ;  $df = 65$ ;  $p = .297$ ) zum zweiten Zeitpunkt zugestimmt. Es lässt sich auch hier keine Veränderungen über die Zeit feststellen.

### 7.3.3.3 Die Berücksichtigung der Bedürfnisse der Bewohner

In diesem Abschnitt wurden die Angehörigen danach gefragt, ob ihrer Meinung nach die Bedürfnisse der Bewohner von den einzelnen Dienstbereichen berücksichtigt werden. Bei der Bewertung zum ersten Messzeitpunkt lagen die Mittelwerte von Pflegedienst ( $M_1 = 4.27$  ( $SD = .79$ )), Verwaltung ( $M_1 = 4.22$  ( $SD = .81$ )) und Hausdienst ( $M_1 = 4.12$  ( $SD = .76$ )) über 4, die von Küche ( $M_1 = 3.85$  ( $SD = 1.13$ )) und ärztlichem Dienst ( $M_1 = 3.75$  ( $SD = .99$ )) knapp darunter (siehe Abbildung 11).

In der zweiten Messung haben sich die mittleren Bewertungen in den Bereichen Pflegedienst, Verwaltung und Küche geringfügig, aber signifikant verschlechtert (Pflegedienst:  $M_2 = 4.08$

( $SD = .66$ ),  $t\text{-Wert} = 2.445$ ;  $df = 62$ ;  $p = .0085$ ; Verwaltung:  $M_2 = 4.05$  ( $SD = .84$ ),  $t\text{-Wert} = 1.801$ ;  $df = 58$ ;  $p = .0385$ ; Küche:  $M_2 = 3.61$  ( $SD = 1.05$ ),  $t\text{-Wert} = 2.176$ ;  $df = 58$ ;  $p = .017$ ). Die Beurteilungen der Angehörigen zum Zeitpunkt 2 sind, in Bezug auf die Berücksichtigung der Bedürfnisse ihres Familienmitglieds von diesen drei Dienstbereichen, etwas schlechter als im Jahr zuvor. Die Bereiche Hausdienst und ärztlicher Dienst blieben ohne signifikante Veränderungen. Möglicherweise hat sich durch das Projekt die Aufmerksamkeit der Angehörigen erhöht, und sie nahmen die Situation im Pflegezentrum anders, allenfalls auch kritischer, wahr. Zum anderen liegt der Fokus des Projekts ganz eindeutig auf den Angehörigen, was auch dazu geführt haben kann, dass die Bewertung eher der Vermutung der Angehörigen entspricht, dass bei dem erhöhten Engagement für sie zwangsläufig weniger Zeit für die Berücksichtigung der Bedürfnisse der Bewohner zur Verfügung steht.



**Abb. 11: Einschätzung der Bedürfnisberücksichtigung der Bewohner durch die Angehörigen zu beiden Messzeitpunkten (Mittelwerte) (1 =nein überhaupt nicht, 5 =ja, vollkommen)**

Auf der anderen Seite kann dies aber auch der Realität entsprechen. Denn das Projekt hat viele neue Aufgaben mit sich gebracht, die so kurz nach der Einführung noch nicht als Routine bezeichnet werden können und daher einen zusätzlichen Zeitaufwand bedeuten, weshalb an der einen oder anderen Stelle Abstriche gemacht werden mussten. Im Weiteren lässt sich auch vermuten, dass die Mitarbeitenden durch Fortbildung und Begleitung gelernt haben, sich besser abzugrenzen. So können Angehörige zunächst den Eindruck gewinnen, dass Bedürfnisse weniger berücksichtigt werden, dieses aber im Alltag nicht wirklich der Fall ist.

### 7.3.3.4 Die Möglichkeit für persönliche Gespräche der Bewohner

In einem weiteren Abschnitt wurden die Angehörigen gefragt, ob sie der Meinung seien, dass ihr Familienmitglied gelegentlich persönliche Gespräche mit den Mitarbeitenden der verschiedenen Dienstbereiche führen kann, sofern die körperlichen und geistigen Voraussetzungen dafür noch gegeben sind. Hier zeigte sich, dass die Angehörigen sowohl zum ersten als auch zum zweiten Messzeitpunkt die Möglichkeit dazu am ehesten beim Pflegedienst und ärztlichen Dienst sahen (siehe Abbildung 12).

Beim Vergleich der beiden Messzeitpunkte lässt sich eine leichte Veränderung feststellen. In allen Bereichen findet sich ein leichter Anstieg im Mittelwert (Pflegedienst:  $M_1 = 4.00$  ( $SD = 1.13$ ) und  $M_2 = 4.20$  ( $SD = 1.09$ ),  $t$ -Wert = -1.994;  $df = 60$ ;  $p = .0255$ ; Ärztlicher Dienst:  $M_1 = 3.47$  ( $SD = 1.31$ ) und  $M_2 = 3.59$  ( $SD = 1.27$ ),  $t$ -Wert = -.895;  $df = 57$ ;  $p = .187$ ; Hausdienst:  $M_1 = 3.31$  ( $SD = 1.44$ ) und  $M_2 = 3.55$  ( $SD = 1.32$ ),  $t$ -Wert = -1.319;  $df = 50$ ;  $p = .096$ ; Verwaltung:  $M_1 = 2.91$  ( $SD = 1.58$ ) und  $M_2 = 3.30$  ( $SD = 1.55$ ),  $t$ -Wert = -2.234;  $df = 52$ ;  $p = .015$ ; Küche:  $M_1 = 2.86$  ( $SD = 1.52$ ) und  $M_2 = 3.02$  ( $SD = 1.49$ ),  $t$ -Wert = -.860;  $df = 49$ ;  $p = .197$ ).

Es scheint, als habe sich die Bereitschaft der Mitarbeitenden zu persönlichen Gesprächen im Laufe des Projekts zumindest aus der Wahrnehmung der Angehörigen positiv verändert, wobei nur die Steigerung des Mittelwertes beim Pflegedienst und bei der Verwaltung statistisch signifikant sind (siehe Markierung in der Grafik 12).

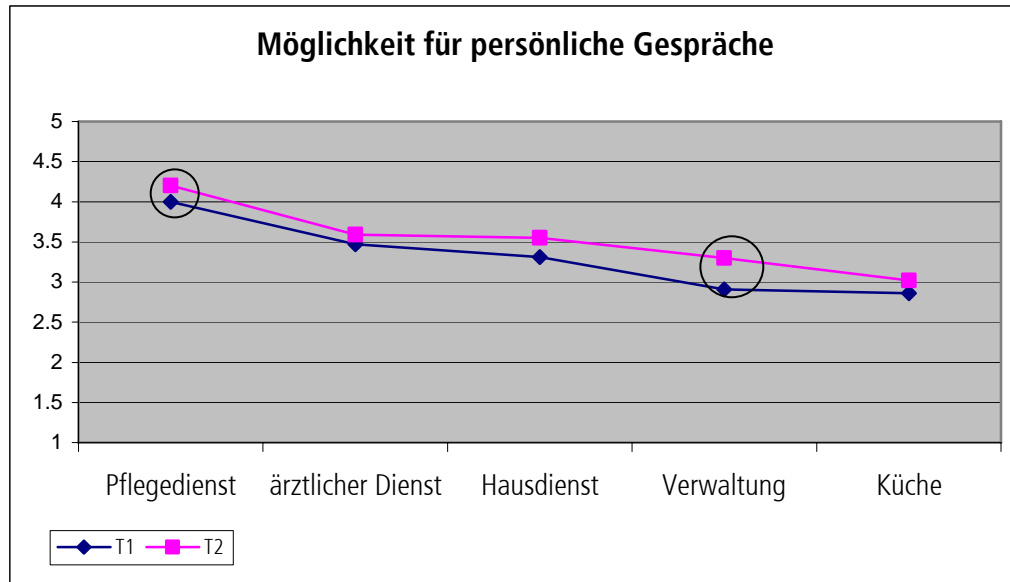


Abb. 12: Einschätzung der Möglichkeit für persönliche Gespräche der Bewohner mit dem Personal der verschiedenen Dienstbereiche durch die Angehörigen zu beiden Messzeitpunkten (Mittelwerte) (1 =nein, überhaupt nicht, 5 =ja, vollkommen)

### 7.3.3.5 Die Belastung durch Heimeintritt und das Leben im Heim

Aus verschiedenen selbstkonstruierten Items wurde die Skala "Belastung durch den Heimeintritt und das Leben im Heim" zusammengestellt. Die Skala erreichte mit den nachstehenden 18 Items ein Cronbach's Alpha von 0.91 zum ersten Messzeitpunkt und 0.90 zur zweiten Messung. Die interne Konsistenz kann damit als sehr gut bezeichnet werden.

- *Mit dem Heimeintritt sind Aufgaben auf mich zugekommen, die mich überfordern.*
- *Die räumliche Trennung von meinem Angehörigen ist schwierig auszuhalten.*
- *Ich fühle mich in meiner Situation als Angehöriger hilflos.*
- *Seit mein Angehöriger von anderen gepflegt wird, fühle ich mich überflüssig.*
- *Es fällt mir schwer, Vertrauen in die Betreuung zu haben.*
- *Ich zweifle, ob mein Angehöriger so betreut wird, wie ich es mir wünsche.*
- *Mein schlechtes Gewissen macht mir zu schaffen.*
- *Es belastet mich, Entscheidungen für meinen Angehörigen treffen zu müssen.*
- *Ich habe das Gefühl, versagt zu haben.*
- *Es quält mich, nicht zu wissen, was mit meinem Angehörigen passiert, wenn ich nicht da bin.*
- *Ich habe das Gefühl, nichts mehr für meinen Angehörigen tun zu können.*
- *Wenn ich zu Hause bin, frage ich mich, ob es meinem Angehörigen wohl gut geht.*
- *Auch schöne Situationen werden durch den Gedanken an das Leiden meines Angehörigen getrübt.*
- *Es fällt mir schwer, Dinge wirklich zu genießen, seit ich sie nicht mehr mit meinem Angehörigen teilen kann.*
- *Die Veränderung unserer Beziehung durch den Heimeintritt macht mich traurig.*
- *Ich bin im Umgang mit meinem Angehörigen jetzt befangen, weil ich mich beobachtet fühle.*
- *Wenn man das Pflegepersonal nicht dauernd kontrolliert, werden wichtige Pflegehandlungen für meinen Angehörigen vergessen.*
- *Ich vermisse es, mit meinem Angehörigen alleine sein zu können.*

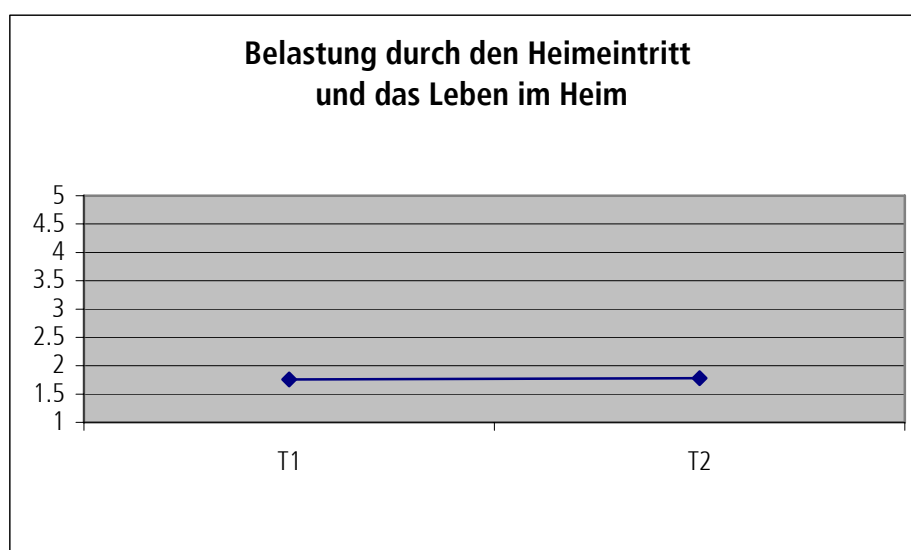


Abb. 13: Belastung der Angehörigen durch den Heimeintritt und das Leben im Heim zu beiden Messzeitpunkten (Mittelwerte) (1 =trifft überhaupt nicht zu, 5 =trifft vollkommen zu)



Der Mittelwert der Stichprobe auf dieser Skala betrug zum ersten Messzeitpunkt  $M_1 = 1.76$  ( $SD = .74$ ) und zur zweiten Erhebung  $M_2 = 1.78$  ( $SD = .71$ ),  $t$ -Wert =  $-.395$ ;  $df = 65$ ;  $p = .347$  (siehe Abbildung 13). Vor dem Hintergrund einer fünfstufigen Skala ist die angegebene durchschnittliche Belastung durch den Heimeintritt und das Leben im Heim in dieser Stichprobe als eher niedrig zu bezeichnen. Zwischen den beiden Messungen besteht kein Unterschied. Die Belastung wurde von Anfang an als gering angegeben und wurde in der Zeit des Projekts nicht beeinflusst.

### **7.3.3.6 Die Beurteilung verschiedener Aspekte der Angehörigenarbeit**

Zur Messung der Qualität der Angehörigenarbeit wurden verschiedene Subskalen gebildet, die im Folgenden mit ihren Ergebnissen dargestellt werden.

#### Integration

Die Skala zur Messung der Integrationsmöglichkeiten setzt sich aus sechs Items zusammen und erreichte ein Cronbach's Alpha von 0.82 zur ersten Messung und 0.87 zum zweiten Messzeitpunkt. Die interne Konsistenz kann als gut bezeichnet werden.

- *Bei meinen Besuchen habe ich manchmal das Gefühl, ich störe mit meiner Anwesenheit die Routine der Mitarbeitende.*
- *Immer wieder gehe ich mit dem Gefühl heim, einfach nicht dazu zu gehören.*
- *Es fällt mir schwer, die Pflege meines Angehörigen ans Pflegepersonal abzugeben.*
- *Ich habe manchmal das Gefühl, beim Pflegepersonal nicht richtig willkommen zu sein.*
- *Ich habe das Gefühl, dass das Pflegepersonal gar nicht an meinem Wissen und meinen Erfahrungen zur Pflege meines Angehörigen interessiert ist.*

Die Stichprobe erreichte auf dieser Skala einen Mittelwert von  $M_1 = 4.53$  ( $SD = .66$ ) zu T1 und  $M_2 = 4.51$  ( $SD = .66$ ) zu T2 ( $t$ -Wert =  $316$ ;  $df = 65$ ;  $p = .376$ ) und zeigte sich damit zu beiden Messzeitpunkten zufrieden bis sehr zufrieden mit ihrer Integration im Pflegezentrum Käferberg (siehe Abbildung 14).

#### Individuelle Begleitung

Die Skala zur individuellen Begleitung bestand aus 4 Items mit einem Cronbach's Alpha von 0.69 in der ersten Messung und 0.57 in der zweiten. Die interne Konsistenz kann als gerade akzeptabel gelten. Die Skala sollte aber aus inhaltlichen Gesichtspunkten trotzdem in die Untersuchung einfließen. Sie umfasste folgende Items:

- *Ich gehe oft mit vielen ungeklärten Fragen von meinem Besuch im Käferberg nach Hause.*
- *Ich fühle mich mit meinen Sorgen um das Wohlergehen meines Angehörigen allein.*
- *Mein Angehöriger steht zwar im Vordergrund, aber mir fehlt manchmal ein wenig Unterstützung.*

- *Ich habe im PZ Käferberg eine Ansprechperson, bei der ich auch mal meine Sorgen loswerden kann.*

Die Mittelwerte der Angehörigen lagen bei  $M_1 = 4.28$  ( $SD = .92$ ) in der ersten Messung und  $M_2 = 4.24$  ( $SD = .85$ ) zum zweiten Zeitpunkt. Auch im Bereich der individuellen Begleitung fühlten sich die Angehörigen zu beiden Messzeitpunkten gleichermassen gut betreut ( $t$ -Wert = .439;  $df = 65$ ;  $p = .331$ ) (siehe Abbildung 14).

### Information

Die Beurteilung des Informationsflusses wurde durch fünf Items erhoben. Die Skala erreichte ein Cronbach's Alpha von 0.79 zu T1 und 0.65 zu T2.

- *Es gibt Veränderungen im Betrieb, über die wir Angehörigen gar nicht informiert werden.*
- *Wenn ich Informationen über das PZ Käferberg brauche, weiss ich, wo ich sie holen kann.*
- *Im Allgemeinen fühle ich mich gut über die Neuigkeiten im Käferberg informiert.*
- *Manchmal werde ich mit meinen Fragen von einem zum anderen geschickt, bis ich endlich die richtige Information erhalte.*
- *Ich fühle mich manchmal unsicher, weil ich nicht genügend informiert bin.*

Auf dieser Skala lagen die Mittelwerte bei  $M_1 = 4.25$  ( $SD = .76$ ) bei der ersten Befragung und  $M_2 = 4.27$  ( $SD = .72$ ) ( $t$ -Wert = -.286;  $df = 65$ ;  $p = .388$ ) zur zweiten (siehe Abbildung 15). Aus Sicht der Angehörigen wurden sie selbst ausreichend über den Käferberg informiert und wussten, wo sie sich bei Bedarf die für sie notwendigen Informationen holen konnten.

### Kompetenz des Personals

Zur Einschätzung der Kompetenz des Personals im Umgang mit Angehörigen wurden den Angehörigen 9 Items vorgelegt. Diese Skala erreichte mit einem Cronbach's Alpha von 0.93 in der ersten Messung und 0.94 in der zweiten eine sehr gute interne Konsistenz. Folgende Items waren zu dieser Skala zusammengefasst:

- *Ich frage mich, ob die Mitarbeiterinnen eigentlich eine Ahnung davon haben, welche Probleme mich als Angehöriger beschäftigen.*
- *Ich wünsche mir mehr Einfühlungsvermögen von den Mitarbeiterinnen.*
- *Meine Anliegen sind auf der Abteilung nicht von Interesse.*
- *Die Gespräche mit den Pflegenden enden oftmals mit dem Gefühl, nicht ernst genommen zu sein.*
- *Ich habe den Eindruck, dass einige Mitarbeiterinnen mit meinen Anliegen überfordert sind.*
- *Wenn ich auf die Abteilung komme, scheinen die Mitarbeiterinnen oft nicht zu wissen, wie sie sich verhalten sollen.*

- *Wenn ich Kritik anbringe, reagieren die Mitarbeiterinnen in der Regel mit fadenscheinigen Entschuldigungen.*
- *Nur wenige Mitarbeiterinnen suchen wirklich Kontakt zu mir.*
- *Das Pflegepersonal ist oft nicht in der Lage, meine Bedürfnisse zu berücksichtigen.*

Die Mittelwerte der Stichprobe waren zu beiden Messzeitpunkten 4.2 ( $M_1 = 4.20$  ( $SD = .90$ ) und  $M_2 = 4.20$  ( $SD = .89$ ));  $t$ -Wert = 0.02;  $df = 65$ ;  $p = .499$ ). Die Angehörigen stufen in beiden Befragungen die Kompetenz des Personals im Umgang mit ihnen gleich positiv ein (siehe Abbildung 14).

#### Anlässe und soziale Kontakte

Eine weitere Skala sollte die Möglichkeit zu sozialen Anlässen und zu sozialen Kontakten erfassen. Sie umfasste 5 Items, die ein Cronbach's Alpha von 0.70 und 0.73 zu den Messzeitpunkten erreichten.

- *Mir fehlen gemeinsame Erlebnisse mit meinem Angehörigen.*
- *Ich fühle mich im PZ Käferberg manchmal alleine.*
- *Oft erfahre ich erst im Nachhinein von einem Anlass, den ich vielleicht auch gern besucht hätte.*
- *Unbeschwerte Situationen erlebe ich mit meinem Angehörigen nur noch selten.*
- *Der Alltag ist oftmals so schwer, dass ich mir mehr Möglichkeiten zu sozialen Kontakten im Käferberg wünsche.*

Auf dieser Skala lag der Mittelwert der Stichprobe zum ersten Messzeitpunkt bei  $M_1 = 4.19$  ( $SD = .79$ ) und zum zweiten bei  $M_2 = 4.27$  ( $SD = .79$ ),  $t$ -Wert = -1.419;  $df = 63$ ;  $p = .0805$ . Auch hier sind die befragten Angehörigen mit den Möglichkeiten zu sozialen Kontakten und positiven Erlebnissen im Pflegezentrum Käferberg in beiden Umfragen nahezu gleichermassen zufrieden (siehe Abbildung 14).

#### Umgang mit Reklamationen

Der Umgang mit Kritik und Reklamationen wurde durch eine Skala mit sechs Items erhoben. Sie erreichte mit einem Cronbach's Alpha von 0.89 zu T1 sowie 0.83 in der zweiten Erhebung eine gute interne Konsistenz. Nachstehende Items wurden in dieser Skala zusammengefasst.

- *Da das Personal oft einen gestressten Eindruck macht, halte ich meine Einwände zurück.*
- *Auf Reklamationen erhält man nur selten eine Antwort.*
- *Im Allgemeinen stosse ich mit meinen Anliegen im PZ Käferberg auf offene Ohren.*
- *Manchmal traue ich mich gar nicht, Kritik anzubringen.*
- *Oft muss ich Dinge mehrfach anbringen, ehe endlich mal was geschieht.*

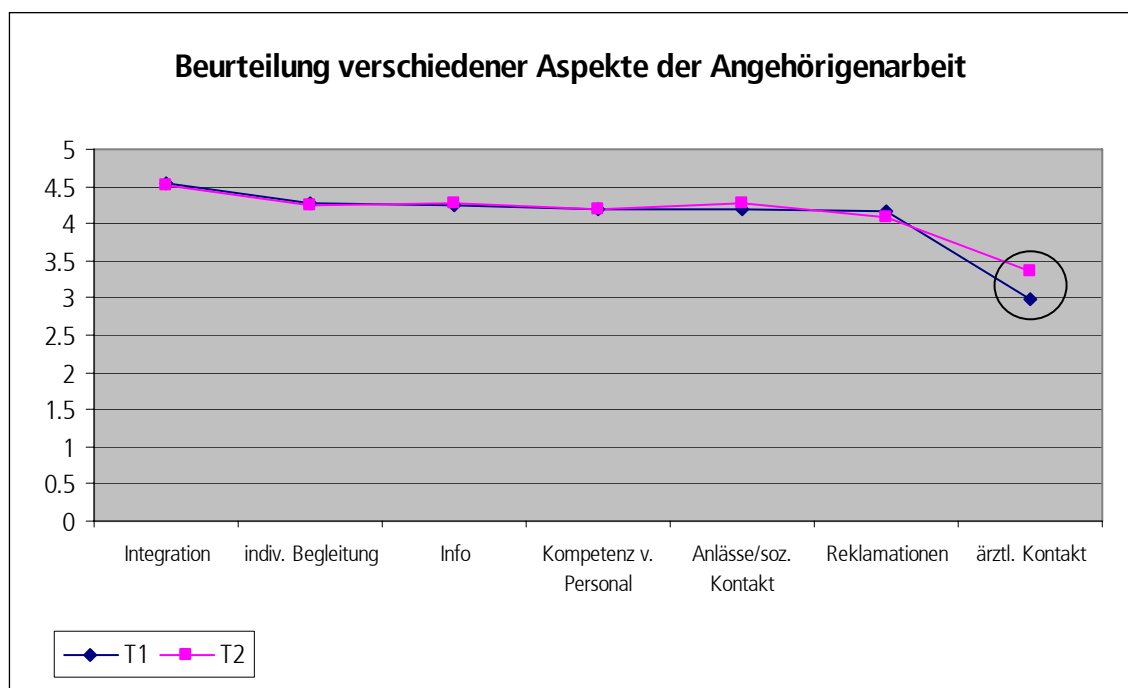
- *Ich habe immer wieder den Eindruck, dass man meine Kritik nicht ernst nimmt.*

Die Mittelwerte in der ersten und zweiten Erhebung lagen bei dieser Stichprobe bei  $M_1 = 4.18$  ( $SD = .91$ ) und  $M_2 = 4.09$  ( $SD = .89$ ) ( $t$ -Wert = 1.249;  $df = 64$ ;  $p = .108$ ). Die Ergebnisse legen nahe, dass aus Sicht der Angehörigen auf ihre Kritik und Reklamationen zu beiden Messzeitpunkten angemessen reagiert wird (siehe Abbildung 14).

### Ärztlicher Kontakt

Die Skala zum ärztlichen Kontakt bestand aus fünf Items die im Folgenden aufgeführt sind. Sie erreichten eine gute interne Konsistenz von 0.85 in der ersten Befragung und 0.79 in der zweiten Erhebung.

- *Ich vermisse einen regelmässigen Kontakt zum Arzt.*
- *Wenn man den Arzt sprechen will, geht es oft tagelang, bis man ihn erreicht.*
- *Ich habe eigentlich keine Ahnung, wann der Arzt für mich erreichbar ist.*
- *Ich habe den Eindruck, dass ich über Veränderungen des Gesundheitszustandes meines Angehörigen vom Arzt ausreichend informiert werde.*
- *Wenn ich etwas wissen will, gelingt es mir immer, den Arzt zu sprechen*



**Abb. 14: Beurteilung verschiedener Aspekte der Angehörigenarbeit durch die Angehörigen zu beiden Messzeitpunkten (Mittelwerte) (1 =trifft überhaupt nicht zu, 5 =trifft vollkommen zu)**

Diese Stichprobe erreichte Mittelwerte von  $M_1 = 2.99$  ( $SD = 1.14$ ) zum ersten Messzeitpunkt und  $M_2 = 3.35$  ( $SD = 1.06$ ) zum zweiten ( $t$ -Wert = -2.542;  $df = 64$ ;  $p = .0065$ ). Hier zeigt sich jetzt eine deutliche und statistisch signifikante positive Veränderung (siehe Abbildung 14 Markierung). In der zweiten Befragung waren die Angehörigen mit dem Kontakt zum ärztlichen Dienst zufriede-

dener als zum ersten Messzeitpunkt. Es lässt sich vermuten, dass die durch das Projekt eingeführten strukturellen Veränderungen hier eine Wirkung zeigen. Der Leitfaden zur Erreichbarkeit des Arztes und die Telefonsprechstunde haben vermutlich die Schwelle, mit dem ärztlichen Dienst in Kontakt zu treten, verringert und in der Folge möglicherweise die Einschätzung der Angehörigen beeinflusst.

### Bildungsangebote

Inwieweit den Angehörigen Wissen zur Bewältigung ihrer Situation fehlt, das durch Bildungsangebote für sie selbst im PZ Käferberg erweitert werden sollte, wurde mit zwei Items erhoben, die mit  $r = .55$  miteinander korrelierten.

- *Ich weiss oft nicht, wie ich auf meinen Angehörigen reagieren soll.*
- *Ich weiss zu wenig über die Krankheit meines Angehörigen, um damit umgehen zu können.*

Die Mittelwerte der Stichprobe lagen hier bei  $M_1 = 2.1$  ( $SD = 1.10$ ) zu T1 und bei  $M_2 = 1.97$  ( $SD = 1.07$ ) zu T2 ( $t$ -Wert = 1.157;  $df = 62$ ;  $p = .126$ ). Die niedrigen Mittelwerte der Selbsteinschätzung der Angehörigen in diesen zwei Items zeigen, dass ihnen zu beiden Messzeitpunkten eher kein Wissen fehlt.

Gesamthaft zeigt der Vergleich der Mittelwerte der verschiedenen Subskalen zu den beiden Messzeitpunkten nur in der Skala des Kontakts mit dem ärztlichen Dienst eine Veränderung. Hier lässt sich ein signifikanter Unterschied in eine positive Richtung feststellen, das heisst aus Sicht der Angehörigen scheint sich der Kontakt verbessert zu haben.

Die anderen Subskalen lagen bereits bei der ersten Messung im Mittel über 4 und zeigen, dass auch schon vor Beginn der Projektumsetzung eine relativ hohe Zufriedenheit bestand.

### **7.3.3.7 Die Zufriedenheit mit dem Kontakt zum Personal**

In einer weiteren Frage sollten die Angehörigen angeben, inwieweit sie ganz allgemein mit dem Kontakt zum Personal der verschiedenen Dienstbereiche zufrieden sind.

Die Auswertung zeigt, dass zum einen die Unterschiede der Zufriedenheit mit dem Kontakt zum Personal zwischen den einzelnen Bereichen gering sind, wobei zum Zeitpunkt T1 auffällt, dass die höchste Zufriedenheit beim Kontakt zum Pflegedienst ( $M_1 = 4.44$ ) zu verzeichnen ist, die geringste hingegen beim Kontakt zum ärztlichen Dienst ( $M_1 = 3.52$ ).

Zum anderen lassen sich für alle Dienstbereiche zwischen den beiden Messzeitpunkten keine wesentlichen Veränderungen verzeichnen (Pflegedienst:  $M_1 = 4.44$  ( $SD = .94$ ) und  $M_2 = 4.39$  ( $SD = .83$ ),  $t$ -Wert = 519;  $df = 63$ ;  $p = .302$ ; Betriebsleitung:  $M_1 = 4.17$  ( $SD = .89$ ) und  $M_2 = 4.20$  ( $SD = .99$ ),  $t$ -Wert = -.340;  $df = 59$ ;  $p = .367$ ; Verwaltung:  $M_1 = 4.13$  ( $SD = .85$ ) und  $M_2 = 4.00$  ( $SD = 1.04$ ),  $t$ -Wert = 1.27;  $df = 59$ ;  $p = .104$ ; Hausdienst:  $M_1 = 3.95$  ( $SD = .96$ ) und

$M_2 = 4.08$  ( $SD = .87$ ),  $t\text{-Wert} = -1.158$ ;  $df = 59$ ;  $p = .126$ ; Küche:  $M_1 = 3.68$  ( $SD = 1.18$ ) und  $M_2 = 3.56$  ( $SD = 1.13$ ),  $t\text{-Wert} = 1.000$ ;  $df = 56$ ;  $p = .161$ ; ärztlicher Dienst:  $M_1 = 3.52$  ( $SD = 1.16$ ) und  $M_2 = 3.67$  ( $SD = .96$ ),  $t\text{-Wert} = -1.069$ ;  $df = 60$ ;  $p = .144$ ).

Die Zufriedenheit hatte bereits ein relativ hohes Ausgangsniveau, welches über die Projektphase nahezu unbeeinflusst blieb (siehe Abbildung 15).

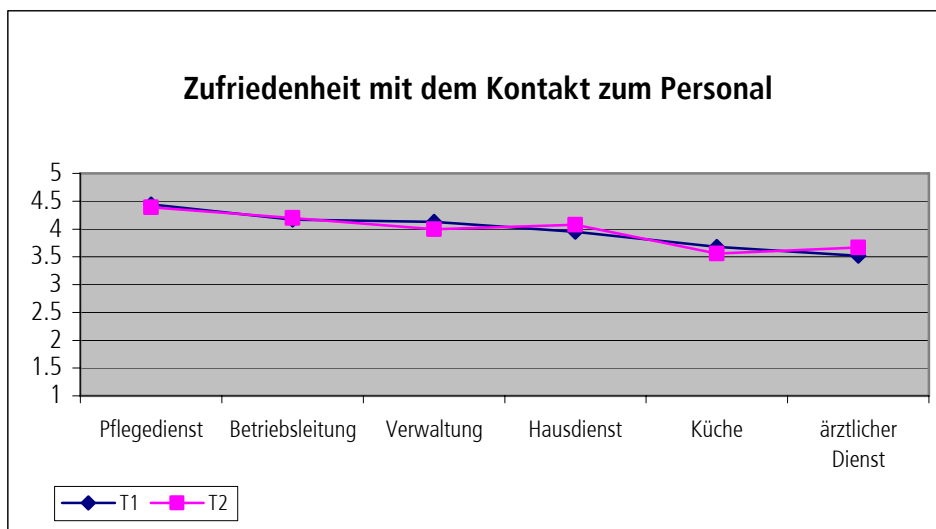


Abb. 15: Zufriedenheit der Angehörigen mit dem Kontakt zum Personal der verschiedenen Bereiche zu beiden Messzeitpunkten (Mittelwerte). (1 = überhaupt nicht zufrieden, 5 = sehr zufrieden)

### 7.3.3.8 Die subjektive Belastung

Zur Erfassung der subjektiven Belastung wurde eine von der Autorin für eine andere Studie erstellte Skala benutzt. Diese bestand aus 10 Items mit einem Cronbach's Alpha von 0.86 zum ersten Messzeitpunkt und einem Wert von 0.83 zum zweiten. Folgende Items wurden in dieser Skala zusammengefasst:

- *Ich fühle mich meinem Alter entsprechend gesund.*
- *Ich habe überhaupt keine Zeit für mich persönlich.*
- *Mein eigenes soziales Leben bleibt auf der Strecke.*
- *Ich habe das Gefühl, etwas im Leben zu verpassen.*
- *Manchmal wünschte ich, meiner aktuellen Situation entfliehen zu können.*
- *Ich fühle mich körperlich und psychisch erschöpft.*
- *Wie sehr fühlen Sie sich durch ihren Beruf belastet?*
- *Wie sehr fühlen Sie sich durch Ihre Partnerschaft belastet?*
- *Wie sehr fühlen Sie sich durch Ihre Familie belastet?*
- *Wie sehr sind Sie durch Ihren eigenen Gesundheitszustand belastet?*

Die Stichprobe erreichte einen Mittelwert von  $M_1 = 1.93$  ( $SD = .81$ ) in der ersten Messung und  $M_2 = 1.93$  ( $SD = .79$ ),  $t\text{-Wert} = -.139$ ;  $df = 65$ ;  $p = .445$  in der zweiten Erhebung. Die subjektive Belastung war somit in beiden Messungen eher sehr niedrig und blieb unbeeinflusst. Ähnlich wie

bei der Belastung durch den Heimeintritt scheint sich auch die subjektive Belastung durch diese Intervention nicht weiter reduzieren zu lassen (siehe Abbildung 16).

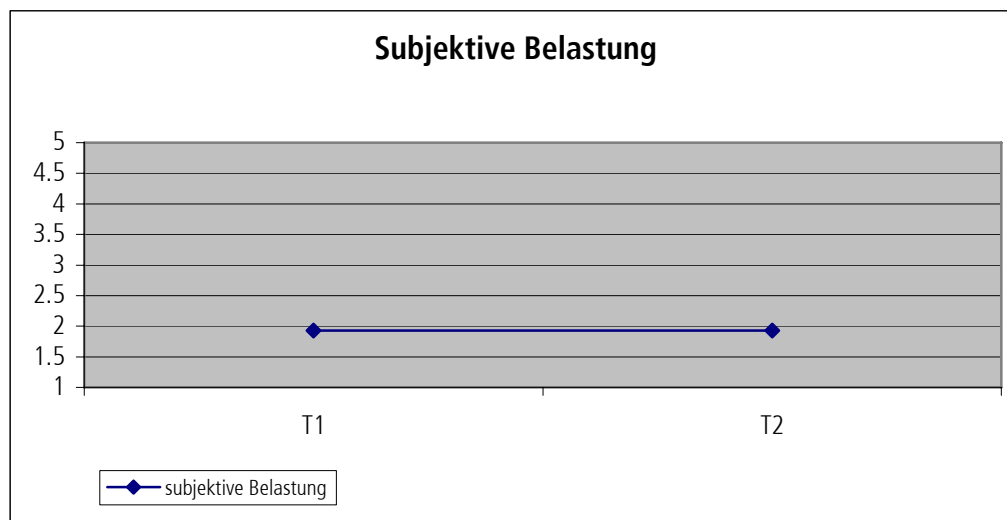


Abb. 16: Subjektive Belastung der Angehörigen zu beiden Messzeitpunkten (Mittelwerte). (1 = überhaupt nicht belastet, 5 = sehr belastet)

### 7.3.3.9 Korrelative Zusammenhänge der verschiedenen Variablen

In einem letzten Schritt der statistischen Analysen wurden die beiden Belastungsskalen auf ihre Zusammenhänge mit der Beurteilung der verschiedenen Aspekte der Angehörigenarbeit untersucht.

Die Tabelle 3 zeigt deutlich, dass zu den beiden Messzeitpunkten T1 und T2 bei beiden Belastungsskalen signifikante negative Zusammenhänge mit allen Variablen nachgewiesen sind. Ohne im Detail auf einzelne Korrelationen einzugehen, kann dieses Gesamtergebnis doch als Zeichen dafür gewertet werden, dass mit dem Konzept die richtigen Themenbereiche der Angehörigenarbeit in Angriff genommen wurden. Auch wenn sich die Belastung über die beiden Messzeitpunkte nicht verändert hat, besteht doch offensichtlich ein enger Zusammenhang zwischen den Variablen und der Belastung der Angehörigen. So lässt sich beispielsweise sagen, dass je besser sich die Angehörigen im Pflegezentrum Käferberg integriert fühlen, desto niedriger ist zu beiden Messzeitpunkten sowohl die Belastung durch den Heimeintritt und das Leben im Heim ( $r_1 = -.673^{**}$ ;  $r_2 = -.788^{**}$ ) als auch die subjektive Belastung ( $r_1 = -.251^{**}$ ;  $r_2 = -.466^{**}$ ).

Auffällig ist im Weiteren der Unterschied zwischen den beiden Belastungsskalen. Wie sich vermuten liess, sind die Zusammenhänge der Aspekte der Angehörigenarbeit mit der subjektiven Belastung deutlich niedriger als die mit der Belastung durch den Heimeintritt und das Leben im Heim. Das untermauert noch einmal die Annahme, dass die gewählten Themenbereiche des Konzepts die richtigen Ansatzpunkte sind, um die spezifische Belastung, die bei einigen Angehörigen durch den Heimeintritt und das Leben im Heim entsteht, positiv zu beeinflussen.

**Tabelle 3:**  
**Korrelative Zusammenhänge verschiedener Aspekte der Angehörigenarbeit mit der Belastung durch den Heimeintritt und das Leben im Heim und der subjektiven Belastung**

+ Beurteilung der Aspekte der Angehörigenarbeit	Belastungsskalen			
	Belastung durch den Heimeintritt und das Leben im Heim <i>r</i>		Subjektive Belastung <i>r</i>	
	T1	T2	T1	T2
Integration	-.673**	-.788**	-.251**	-.466**
Individuelle Begleitung	-.738**	-.810**	-.363**	-.476**
Kompetenz des Personals	-.625**	-.665**	-.237*	-.340**
Information	-.573**	-.480**	-.314**	-.384**
Umgang mit Reklamationen	-.612**	-.607**	-.241*	-.326**
Soziale Anlässe	-.638**	-.868**	-.428**	-.546*
Ärztlicher Kontakt	-.332*	-.478**	-.275*	-.576**

\*\*Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant; \*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

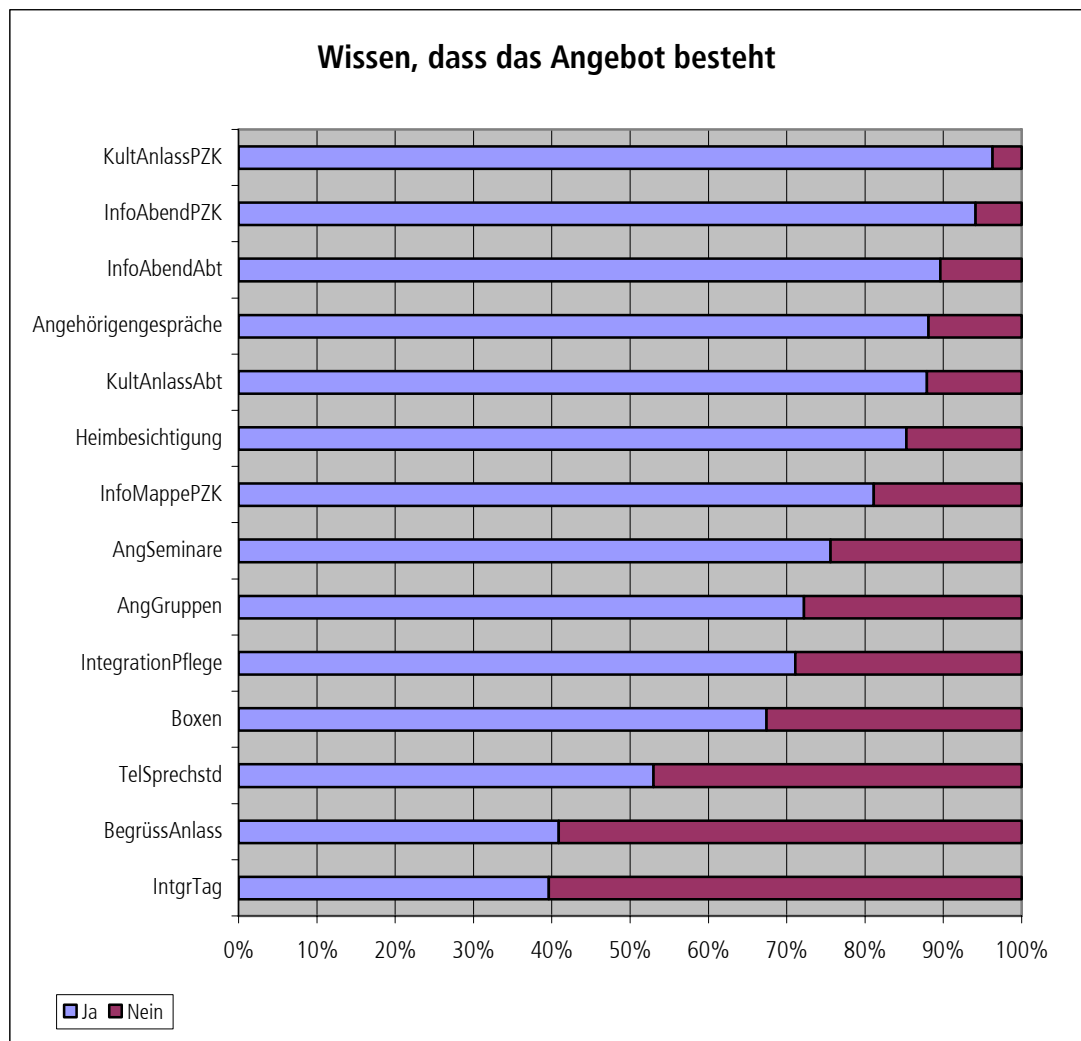
+Die Korrelationen beziehen sich auch bei den Aspekten der Angehörigenarbeit jeweils auf denselben Messzeitpunkt wie die Belastungsskalen.

### 7.3.4 Die Beurteilung des Angebots durch Angehörige

Zum zweiten Messzeitpunkt sollte das umgesetzte Konzept mit seinen einzelnen Angeboten von den Angehörigen beurteilt werden.

Im ersten Schritt wurde erfasst, ob die Angehörigen ausreichend über die verschiedenen, ihnen zur Verfügung stehenden Angebote informiert sind. Sie wurden gebeten, zu jedem aufgeführten Angebot anzugeben, ob sie wissen, dass es besteht oder nicht. In der nachstehenden Abbildung (siehe Abbildung 17) sind die Bestandteile des Konzepts in der Rangfolge ihres Bekanntheitsgrads bei den Angehörigen aufgeführt. Gesamthaft lässt sich ablesen, dass einige Angebote besser bekannt sind als andere. Mit einer Zustimmung von über 90% stehen die kulturellen Anlässe und die Informationsabende des Pflegezentrums an erster Stelle und der Begrüssungsanlass und der Integrationstag bilden mit 40% Ja-Antworten das Schlusslicht.





**Abb. 17: Informationsstand der Angehörigen über die verschiedenen Angebote nach Projektabschluss**

Anschliessend sollten die Angehörigen angeben, ob sie von den einzelnen Angeboten Gebrauch gemacht haben. Dabei stellte sich heraus, dass die Informationsmappe des Pflegezentrums mit einem Wert von 80%, gefolgt von den Angehörigengesprächen mit mehr als 75% von den Befragten am meisten genutzt wurden.

Die Boxen für Lob und Kritik und der Integrationstag wurden mit knapp unter 10% am wenigsten in Anspruch genommen. Die Rangfolge der Nutzung lässt sich in der Abbildung 18 ablesen. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass von allen Angeboten, wenn auch in unterschiedlichem Masse, Gebrauch gemacht wurde.

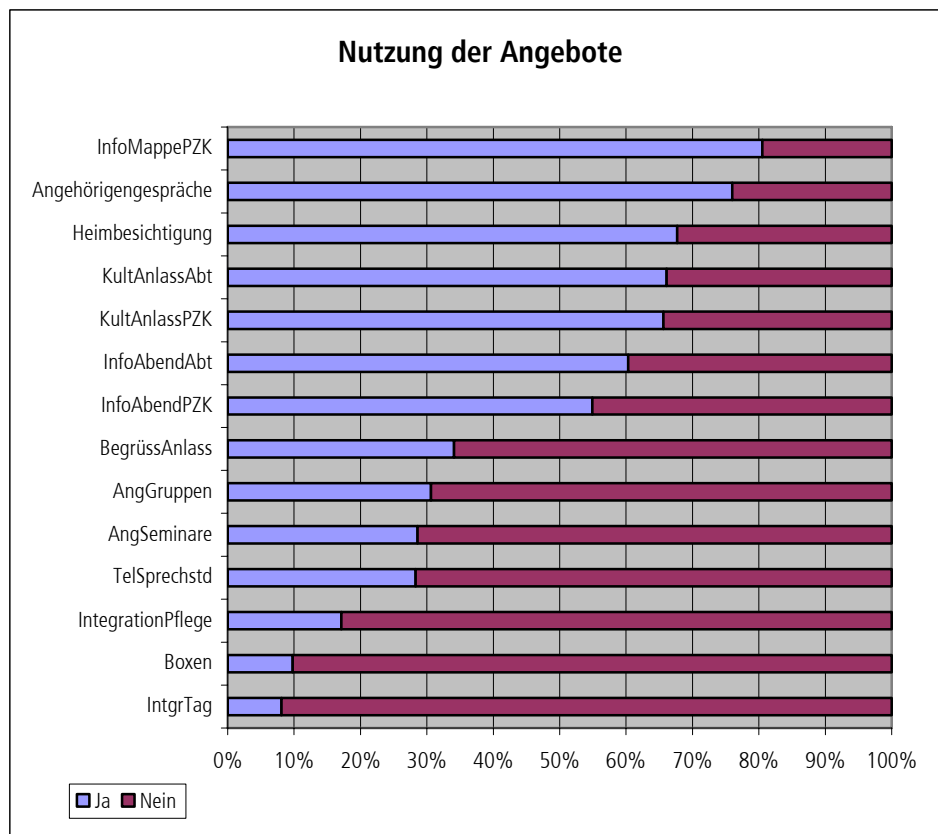


Abb. 18: Nutzung der einzelnen Angebote durch die Angehörigen in %

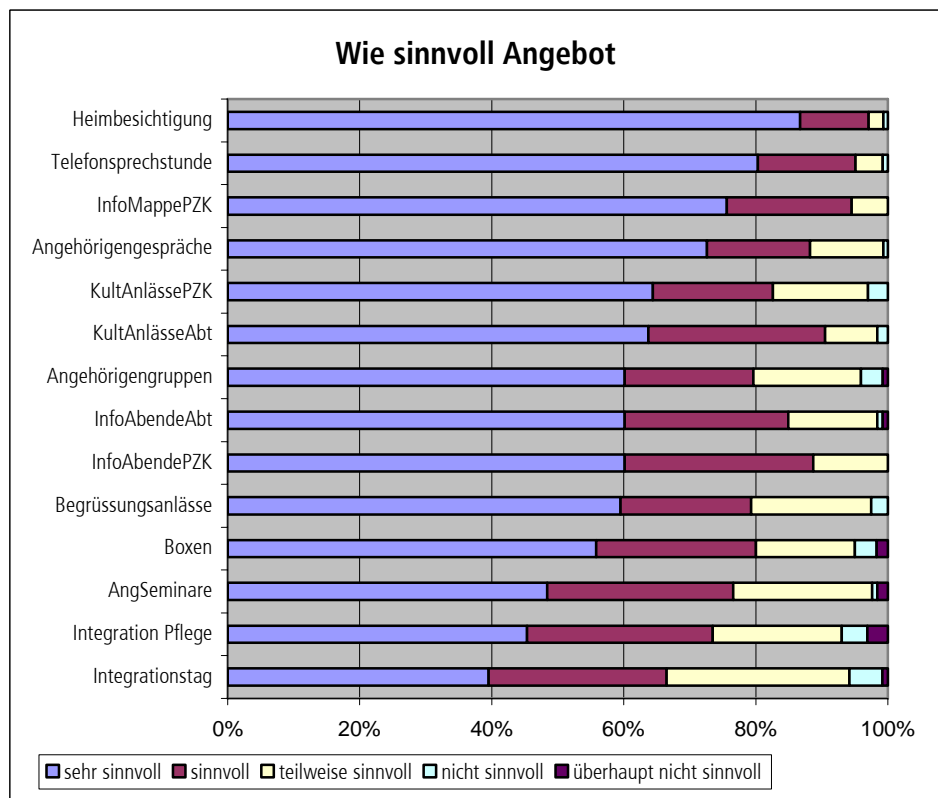
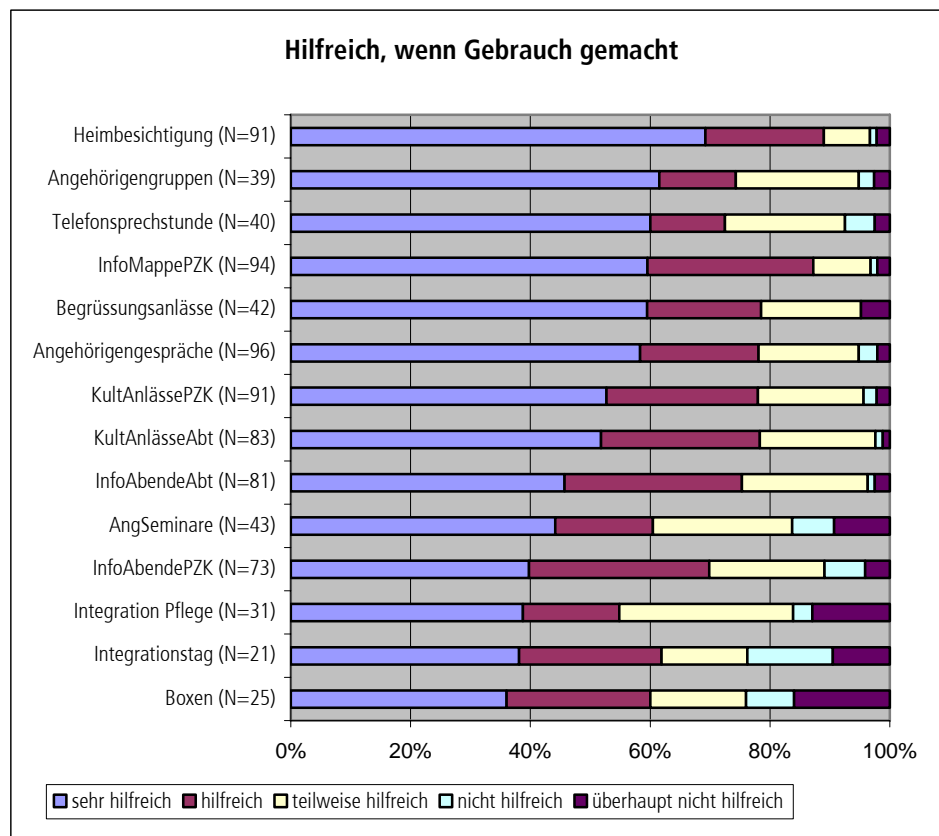


Abb. 19: Beurteilung der Angehörigen, für wie sinnvoll sie die Angebote halten

Unabhängig davon, ob jemand von einem Angebot Gebrauch gemacht hat, sollten die Angehörigen anschliessend beurteilen, wie sinnvoll sie dieses empfinden. Alle Angebote wurden von mehr als 60% der Angehörigen als sehr sinnvoll bis sinnvoll eingestuft. Bezieht man die Abstufung „teilweise sinnvoll“ auch noch in die Gesamtbeurteilung ein, so steigt die Zahl auf über 90% (siehe Abbildung 19). Es darf also festgehalten werden, dass das Konzept Angebote enthält und eröffnet, die von der grossen Mehrheit der Angehörigen als positiv und sinnvoll beurteilt werden.



**Abb. 20: Beurteilung der Angebote durch die Angehörigen, sofern sie davon Gebrauch gemacht haben**

Da die vorhergehende Frage sich ausschliesslich auf ein generelles Urteil bezog, sollte im nächsten Schritt erhoben werden, wie hilfreich ein Angebot erlebt wurde, sofern jemand davon Gebrauch gemacht hatte. Die Beurteilung erfolgte also retrospektiv nach Nutzung. Betrachtet man nun die Rangfolge im Vergleich zu der grundsätzlichen Beurteilung in der letzten Frage, bleibt die Heimbesichtigung an erster Stelle und scheint damit ein sehr sinnvolles und im Nachhinein auch sehr hilfreiches Angebot für die Angehörigen zu sein. Die Reihenfolge der anderen Angebote verschiebt sich leicht. Gesamthaft bewerten aber mehr als 75% alle Angebote nach Nutzung als teilweise hilfreich bis sehr hilfreich (siehe Abbildung 20). Um sich der Qualität der einzelnen Angebote zu nähern, ist es wichtig, alle drei Beurteilungen miteinander zu verknüpfen und zu überprüfen wie die Zusammenhänge im Einzelfall zu interpretieren sind.

## 7.4 Ergebnisse der Fragebogenerhebung der Stichprobe „Mitarbeitende“

### 7.4.1 Deskriptive Daten der Stichproben „Mitarbeitende“

An der ersten Befragung waren 165 Mitarbeitende beteiligt, zum zweiten Messzeitpunkt haben 132 Personen mitgemacht, und der dritten Stichprobe konnten 84 Mitarbeitende zugeordnet werden (siehe Tabelle 4). Der Rücklauf lag in der ersten Befragung bei 54.1% und in der zweiten bei 40%.

**Tabelle 4:**  
**Soziodemografische Daten der Stichprobe „Mitarbeitende“**

	Mitarbeitende Messzeitpunkt 1 <i>Stichprobe 1</i>	Mitarbeitende Messzeitpunkt 2 <i>Stichprobe 2</i>	Mitarbeitende Messzeitpunkte 1+2 <i>Stichprobe 3</i>
Anzahl Teilnehmende	<i>N</i> =165	<i>N</i> =132	<i>N</i> =84
Geschlecht:			
männlich	10.3% ( <i>n</i> =17)	10.6% ( <i>n</i> =14)	9.5% ( <i>n</i> =8)
weiblich	89.7% ( <i>n</i> =148)	89.4% ( <i>n</i> =118)	90.5% ( <i>n</i> =76)
Alter:			
18-34	27.9% ( <i>n</i> =46)	34.1% ( <i>n</i> =45)	27.4% ( <i>n</i> =23)
35-49	35.8% ( <i>n</i> =59)	36.4% ( <i>n</i> =48)	36.9% ( <i>n</i> =31)
50-65	34.5% ( <i>n</i> =57)	26.5% ( <i>n</i> =35)	35.7% ( <i>n</i> =30)
Zivilstand			
ledig	36.4% ( <i>n</i> =60)	42% ( <i>n</i> =55)	40.5% ( <i>n</i> =34)
verheiratet	46.1% ( <i>n</i> =76)	40.5% ( <i>n</i> =53)	45.2% ( <i>n</i> =38)
geschieden	16.4% ( <i>n</i> =27)	16.0% ( <i>n</i> =21)	11.9% ( <i>n</i> =10)
verwitwet	1.2% ( <i>n</i> =2)	1.5% ( <i>n</i> =2)	2.4% ( <i>n</i> =2)
Arbeitsbereich:			
Pflegedienst	75.0% ( <i>n</i> =123)	74.8% ( <i>n</i> =95)	74.7% ( <i>n</i> =62)
Hausdienst	5.5% ( <i>n</i> =9)	4.7% ( <i>n</i> =6)	4.8% ( <i>n</i> =4)
Verwaltung	2.4% ( <i>n</i> =4)	5.5% ( <i>n</i> =7)	2.4% ( <i>n</i> =2)
Ärztlicher Dienst	5.5% ( <i>n</i> =9)	3.1% ( <i>n</i> =4)	4.8% ( <i>n</i> =4)
Andere	11.6% ( <i>n</i> =19)	11.8% ( <i>n</i> =15)	13.3% ( <i>n</i> =11)
Funktion:			
Kader	15.8% ( <i>n</i> =25)	17.6% ( <i>n</i> =22)	17.3% ( <i>n</i> =14)
Diplom/Ausbildung	50.0% ( <i>n</i> =79)	67.8% ( <i>n</i> =84)	56.8% ( <i>n</i> =46)
Hilfsangestellte	34.2% ( <i>n</i> =54)	15.2% ( <i>n</i> =19)	25.9% ( <i>n</i> =21)

In allen drei Stichproben war die grosse Mehrheit (über 89%) weiblich. In Bezug auf das Alter fand man auch hier einen grossen Range, wobei die jüngste Person 18 und die älteste 65 Jahre alt waren. Über 40% der Teilnehmenden in allen Stichproben gehörten zu den Verheirateten und eine nahezu ähnlich grosse Anzahl war ledig.

Betrachtet man die Arbeitsbereiche, so zeigt sich, dass ungefähr 75% der Befragten dem Pflegedienst angehörten. Die restlichen Teilnehmenden verteilten sich auf Hausdienst, Verwaltung, ärztlichen Dienst und andere (technischer Dienst, Küche). An die 17% gehörten zum Zeitpunkt der Befragung dem Kader an, mehr als 50% hatten eine abgeschlossene Ausbildung und die übrigen gehörten zum Hilfspersonal ohne Ausbildung.

#### 7.4.2 Stichproben „Mitarbeitende“ im Vergleich

Auch bei der Befragung der Mitarbeitenden war die Beteiligung zum zweiten Messzeitpunkt geringer als bei der ersten Erhebung (siehe Abbildung 21). Trotzdem konnten immerhin 84 Teilnehmerinnen der Gruppe zugeordnet werden, die an beiden Zeitpunkten teilgenommen hatte.

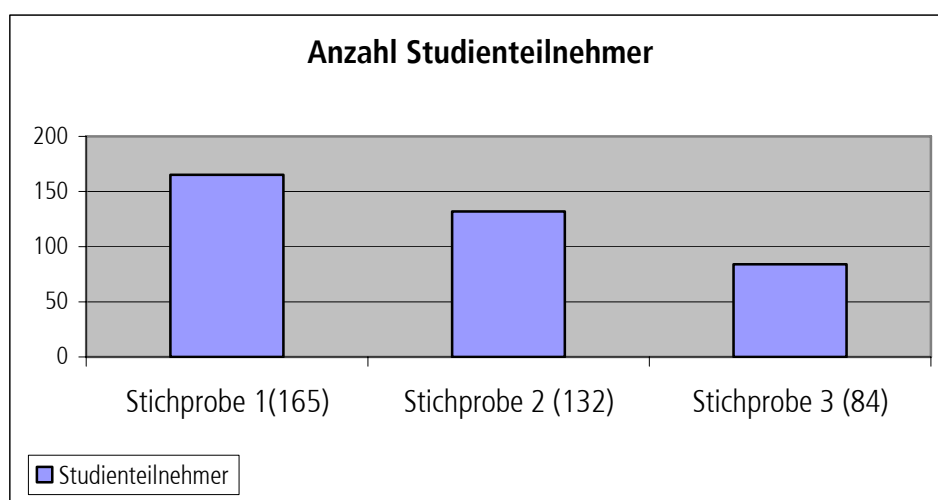


Abb. 21: Vergleich der Stichprobengrösse in den drei Stichproben „Mitarbeitende“

In allen drei Stichproben überwiegt die Anzahl der Mitarbeitenden aus dem Pflegedienst mit rund 75% (siehe Abbildung 22). Die Mitarbeitenden der Hauswirtschaft machten einen Anteil von rund 5% aus, der der Verwaltung lag zwischen 2.4% und 5%. Ähnlich beim ärztlichen Dienst, dessen Beteiligung zwischen 5.5% und 3.1% schwankte. Die unter der Rubrik „andere“ zusammengefassten Bereiche hatten einen Anteil von ungefähr 11% an den Stichproben.

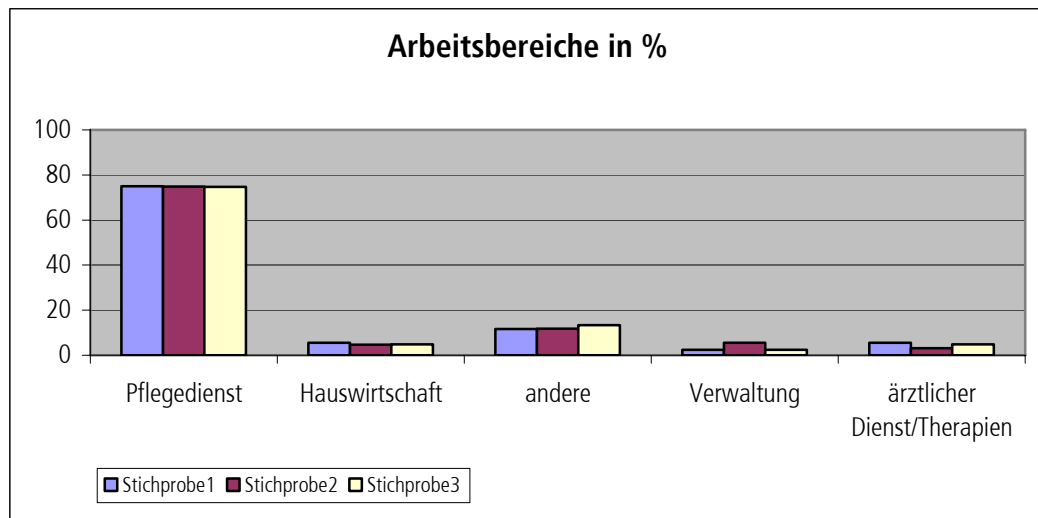


Abb. 22: Prozentuale Beteiligung der Mitarbeitenden der verschiedenen Bereiche in den drei Stichproben "Mitarbeitende"

Die Abbildung 23 verdeutlicht noch einmal die weibliche Dominanz in allen drei Stichproben.

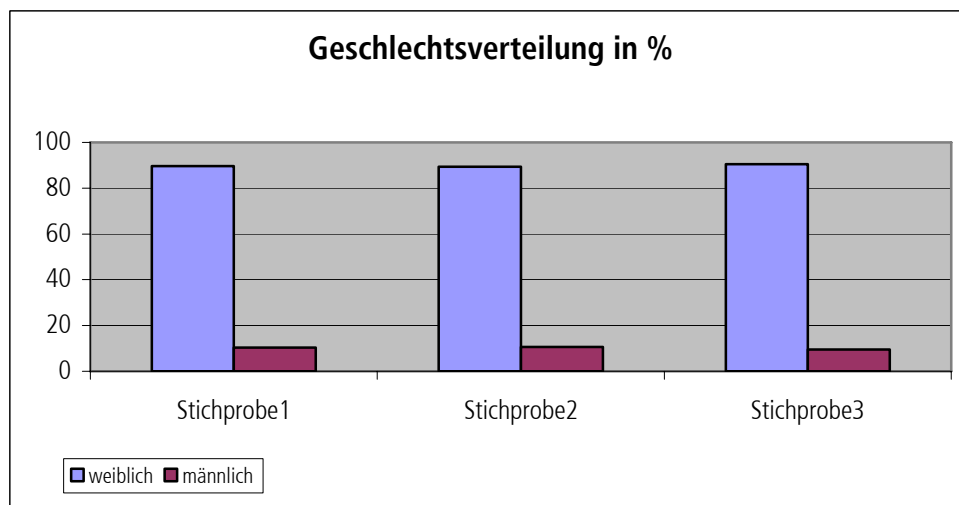


Abb. 23: Vergleich der Geschlechterverteilung in allen drei Stichproben „Mitarbeitende“

### 7.4.3 Prä-/Post-Vergleiche „Mitarbeitende“

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der statistischen Verfahren des Prä-/Post-Vergleichs der Mitarbeitenden dargestellt. Bevor auf einzelne Ergebnisse eingegangen wird, sei an dieser Stelle noch vermerkt, dass zu Beginn der Berechnungen Geschlechts-, Alters- und Gruppeneffekte zwischen Pflegenden und Nicht-Pflegenden dieser Stichprobe untersucht wurden. Für die beiden Geschlechter lassen sich im Hinblick auf die untersuchten Variablen keine signifikanten Unterschiede feststellen.

In Bezug auf das Alter lässt sich zum ersten Messzeitpunkt ein Zusammenhang mit der Skala „Wissen“ nachweisen. Die junge Altersgruppe (18–34 Jahre) hat in der ersten Messung einen signifikant niedrigeren Wert auf der Skala als die Gruppe mittleren Alters (35–49) und der des höheren Alters (junge Altersgruppe:  $M_1 = 3.69$  ( $SD = .82$ ); mittlere Altersgruppe:  $M_1 = 4.12$  ( $SD = .50$ ), hohe Altersgruppe:  $M_1 = 4.08$  ( $SD = .56$ ),  $F$ -Wert = 3.476,  $df = 2$ ,  $p = .036$ ). Interessanterweise verschwindet dieser Unterschied zum zweiten Messzeitpunkt. Dies legt nahe, dass es sich hier um einen Effekt handelt, der sich eher durch die Berufserfahrung als das chronologische Alter einer Person erklären lässt. Deshalb wurden im Anschluss an dieses Ergebnis noch einmal Korrelationen berechnet, die diese Vermutung nachträglich bestätigen. Die Skala Wissen zum Messzeitpunkt 1 korreliert signifikant mit der Berufserfahrung zu T1 ( $r = .261$ ,  $p = .012$ ), das heisst, je grösser die Berufserfahrung ist, desto höher ist auch das Wissen. Da sich dieser Unterschied zu T2 nicht mehr nachweisen lässt, kann man davon ausgehen, dass die Fortbildungen und weitere Massnahmen des Projekts diesen Unterschied nivellieren konnten.

Vergleicht man die pflegenden Mitarbeitenden mit denen der anderen Dienstbereiche, findet sich ein signifikanter Unterschied auf der Skala „Unsicherheit im Umgang mit Angehörigen“ zu T1. Die Mitarbeitenden des Pflegedienstes erreichten hier einen Mittelwert von  $M_1 = 2.55$  ( $SD = .72$ ) und bei der Gruppe der Nicht-Pflegenden lag der Wert bei  $M_1 = 2.15$  ( $SD = .53$ ),  $F$ -Wert = 5.232,  $df = 1$ ,  $p = .025$ . Die Pflegenden sind zum Zeitpunkt der ersten Erhebung unsicherer im Umgang mit Angehörigen als die Nicht-Pflegenden. Dies lässt sich möglicherweise durch die grössere Häufigkeit und die grössere Relevanz der Angehörigenkontakte des Pflegedienstes erklären. In der Regel sind diese für alle Anliegen der Angehörigen die erste Ansprechperson und werden somit häufiger mit Problemen oder Fragestellungen konfrontiert, denen sie sich nicht gewachsen fühlen oder für die sie nicht zuständig sind.

#### 7.4.3.1 Die Wichtigkeit der Angehörigenarbeit grundsätzlich

Zum Einstieg in die Befragung wurden die Mitarbeitenden gefragt, für wie wichtig sie Angehörigenarbeit ganz grundsätzlich für die Institution, für die Angehörigen, für die Bewohner und für sich persönlich halten.

Die Ergebnisse zeigen, dass Angehörigenarbeit aus der Sicht der Mitarbeitenden, die an der Studie teilgenommen haben, eine recht hohe Wichtigkeit hat. Mit einem Mittelwert, der deutlich über 4 lag, wird Angehörigenarbeit sowohl für die Angehörigen  $M_1 = 4.57$  ( $SD = .67$ ) wie für die

Institution  $M_1 = 4.49$  ( $SD = .63$ ), Bewohner  $M_1 = 4.48$  ( $SD = .69$ ) und auch für die Mitarbeitenden persönlich  $M_1 = 4.36$  ( $SD = .76$ ) zwischen wichtig und sehr wichtig eingestuft. Eine ähnliche Einschätzung erfolgte zum zweiten Messzeitpunkt (Angehörige:  $M_2 = 4.41$  ( $SD = .94$ ),  $t$ -Wert = 1.436;  $df = 82$ ;  $p = .0775$ ; Pflegezentrum:  $M_2 = 4.42$  ( $SD = .81$ ),  $t$ -Wert = .883;  $df = 83$ ;  $p = .19$ ; Bewohner:  $M_2 = 4.38$  ( $SD = .81$ ),  $t$ -Wert = 1.070;  $df = 83$ ;  $p = .144$ ; persönlich:  $M_2 = 4.13$  ( $SD = .89$ ),  $t$ -Wert = 2.348;  $df = 83$ ;  $p = .0105$ ) (siehe Abbildung 24).

Allerdings lässt sich hier eine Veränderung im Bereich der Wichtigkeit von Angehörigenarbeit für die Mitarbeitenden persönlich ablesen. So lag der Mittelwert in der zweiten Befragung geringfügig, aber signifikant unter dem der ersten. Daraus lässt sich ableiten, dass Angehörigenarbeit für die Mitarbeitenden persönlich nach Abschluss des Projekts weniger wichtig war als vor Projektbeginn, wobei der Mittelwert von  $M_2 = 4.13$  immer noch eine hohe Wichtigkeit nahe legt. Diese Veränderung kann zum einen auf einen leichten Ermüdungseffekt hindeuten, da die Einstufung der anderen Bereiche stabil geblieben ist. Zum anderen lässt sich auch vermuten, dass die Wichtigkeit des Themas erkannt wurde, es wurden Massnahmen ergriffen und die Priorität oder Dringlichkeit ist in der Folge leicht gesunken.

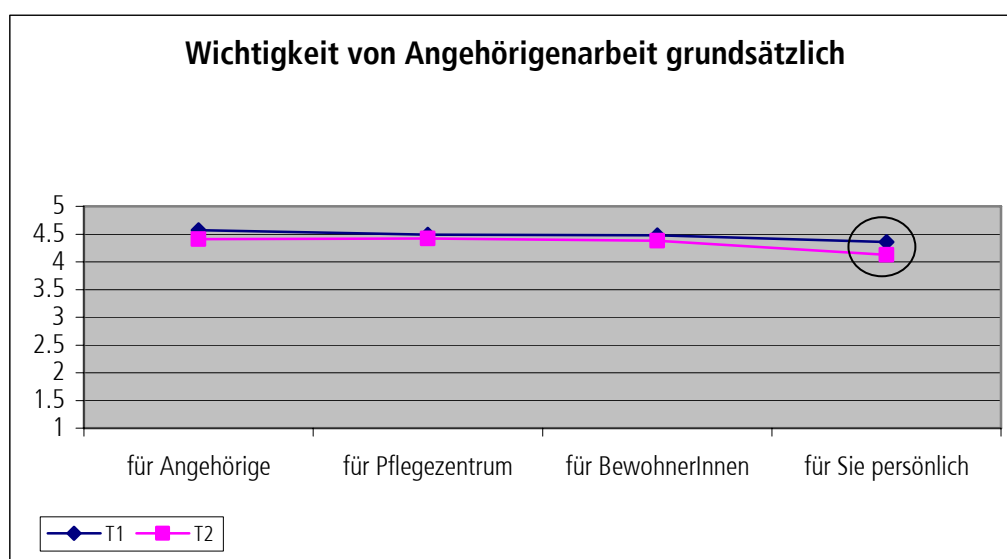


Abb. 24: Beurteilung der Wichtigkeit von Angehörigenarbeit durch die Mitarbeitenden zu beiden Messzeitpunkten (Mittelwerte) (1 =überhaupt nicht wichtig, 5 =sehr wichtig)

#### 7.4.3.2 Die Wichtigkeit der Angehörigenarbeit im letzten Jahr

Anschliessend sollten die Mitarbeitenden einschätzen, wie wichtig Angehörigenarbeit im letzten Jahr von der Leitung, ihnen persönlich, den Mitarbeitenden, den Angehörigen und dem ärztlichen Dienst genommen wurde. Die Auswertung ergab für die Leitung Werte von  $M_1 = 4.13$  ( $SD = .79$ ) und  $M_2 = 4.46$  ( $SD = .82$ ),  $t$ -Wert = -3.412;  $df = 77$ ;  $p = .0005$ . Für die Befragten persönlich lagen die Mittelwerte vom ersten Messzeitpunkt bei  $M_1 = 3.99$  ( $SD = .86$ ) und vom zweiten bei  $M_2 = 4.13$  ( $SD = .83$ ),  $t$ -Wert = -1.586;  $df = 79$ ;  $p = .0585$ . Die Mitarbeitenden erreichten Ergebnisse von  $M_1 = 3.71$  ( $SD = .87$ ) und  $M_2 = 4.03$  ( $SD = .93$ ),  $t$ -Wert = -2.828;  $df = 79$ ;  $p = .003$ .



Bei den Angehörigen wurden Mittelwerte von  $M_1 = 3.66$  ( $SD = .88$ ) und  $M_2 = 3.67$  ( $SD = .99$ ),  $t$ -Wert =  $-.108$ ;  $df = 78$ ;  $p = .457$  ermittelt. Die Berechnung für den ärztlichen Dienst sah folgendermaßen aus:  $M_1 = 3.65$  ( $SD = .95$ ) und  $M_2 = 3.83$  ( $SD = .95$ ),  $t$ -Wert =  $-1.657$ ;  $df = 74$ ;  $p = .051$ .

Hier zeigt die Auswertung der Daten der ersten Befragung, dass Angehörigenarbeit bereits im Jahr vor dem Projektstart sehr wichtig genommen wurde (siehe Abbildung 25).

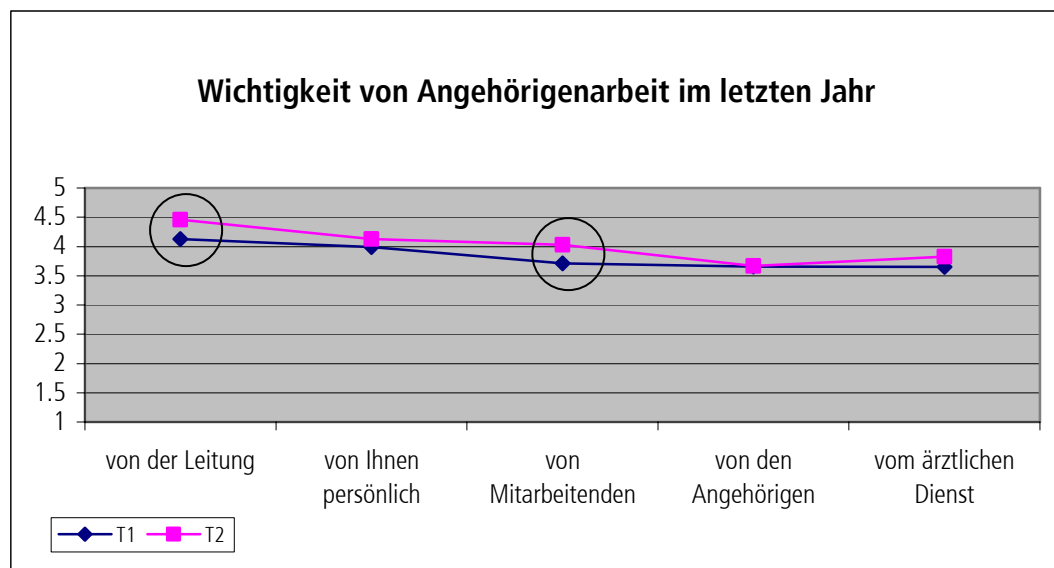


Abb. 25: Beurteilung Wichtigkeit von Angehörigenarbeit im letzten Jahr durch die Mitarbeitenden zum beiden Messzeitpunkten (Mittelwerte). (1 = überhaupt nicht wichtig; 5 = sehr wichtig)

Durch die zweite Messung wird deutlich, dass Angehörigenarbeit aber sowohl für die Leitung als auch für die Mitarbeitenden an Bedeutung gewonnen hat. Die Mittelwerte lagen signifikant über denen der ersten Befragung. Durch die Umsetzung des Projekts hat sich demnach der Stellenwert der Arbeit mit Angehörigen bei der Leitung und bei den Mitarbeitenden noch einmal erhöht.

### 7.4.3.3 Die Wichtigkeit der Angehörigenarbeit in Zukunft

Bei der Beurteilung, wie wichtig Angehörigenarbeit in Zukunft genommen werden soll, zeigt sich, dass die Bewertung mit Mittelwerten von über 4.5 zum ersten Messzeitpunkt im März 2004 deutlich nahe legt, dass Angehörigenarbeit von allen Beteiligten in Zukunft sehr wichtig genommen werden soll (siehe Abbildung 26).

Nach Abschluss des Projekts im März 2005 sieht die Beantwortung dieser Frage anders aus. Die Mittelwerte liegen jetzt in Bezug auf alle Beteiligten signifikant unter denen des ersten Messzeitpunktes (Leitung:  $M_1 = 4.65$  ( $SD = .53$ ) und  $M_2 = 4.48$  ( $SD = .67$ ),  $t$ -Wert =  $3.156$ ;  $df = 82$ ;  $p = .017$ ; Persönlich:  $M_1 = 4.55$  ( $SD = .63$ ) und  $M_2 = 4.27$  ( $SD = .89$ ),  $t$ -Wert =  $3.406$ ;  $df = 82$ ;  $p = .0005$ ; Mitarbeitende:  $M_1 = 4.56$  ( $SD = .57$ ) und  $M_2 = 4.31$  ( $SD = .76$ ),  $t$ -Wert =  $3.231$ ;  $df = 83$ ;  $p = .001$ ; Angehörige:  $M_1 = 4.59$  ( $SD = .63$ ) und  $M_2 = 4.34$  ( $SD = .757$ ),  $t$ -Wert =  $2.78$ ;

$df = 81$ ;  $p = .0035$ ; ärztlicher Dienst:  $M_1 = 4.58$  ( $SD = .59$ ) und  $M_2 = 4.42$  ( $SD = .74$ ),  $t$ -Wert  $= 1.927$ ;  $df = 82$ ;  $p = .0285$ ).

Angehörigenarbeit soll aus Sicht der Mitarbeitenden in Zukunft mit Werten knapp unter 4.5 zwar ihre Wichtigkeit behalten, aber sie soll nicht noch wichtiger werden. Es lässt sich vermuten, dass hier die Meinung besteht, dass genug in die Angehörigenarbeit investiert wurde und ein Plateau erreicht ist, das man nicht noch mehr ausbauen möchte.

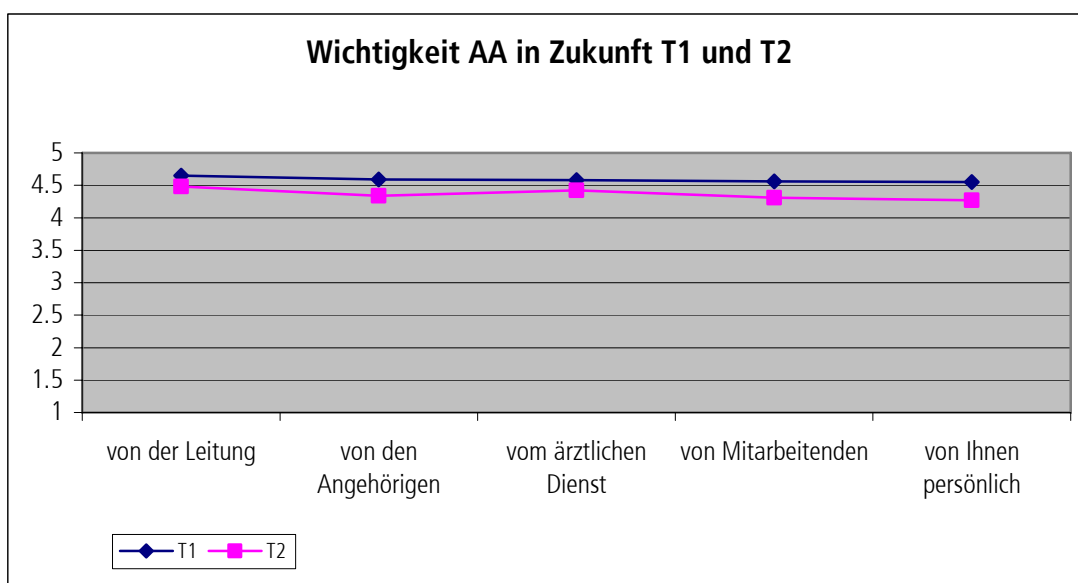


Abb. 26: Beurteilung der Wichtigkeit von Angehörigenarbeit in Zukunft durch die Mitarbeitenden zu beiden Messzeitpunkten

#### 7.4.3.4 Die Wichtigkeit der Angehörigenarbeit im letzten Jahr und in Zukunft

Vergleicht man die Antworten der letzten beiden Fragen zum ersten Messzeitpunkt, also im März 2004, so zeigt sich, dass die Teilnehmenden der Studie zu dem Zeitpunkt der Meinung sind, dass Angehörigenarbeit im Vergleich zum vergangenen Jahr in Zukunft von allen Beteiligten deutlich wichtiger genommen werden soll (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5:  
Wichtigkeit von Angehörigenarbeit im letzten Jahr und in Zukunft zum ersten Messzeitpunkt

Hauptfragen von Abhängigengruppe im letzten Jahr und in Zukunft zum ersten Messzeitpunkt								
	Im letzten Jahr			In Zukunft		<i>t</i> -Wert	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Leitung	80	4.13	.79	4.64	.53	-5.767	77	.000
Persönlich	80	3.99	.86	4.55	.63	-6.766	79	.000
Mitarbeitende	81	3.70	.87	4.56	.57	-9.875	80	.000
Ärztlicher Dienst	77	3.68	.95	4.57	.59	-8.765	76	.000
Angehörige	80	3.66	.87	4.59	.63	-9.529	79	.000

Anders stellt sich die Situation zum zweiten Messzeitpunkt dar (siehe Tabelle 6). Dieser Vergleich macht deutlich, dass die Teilnehmenden im Februar 2005 nach Abschluss der Projektumsetzung

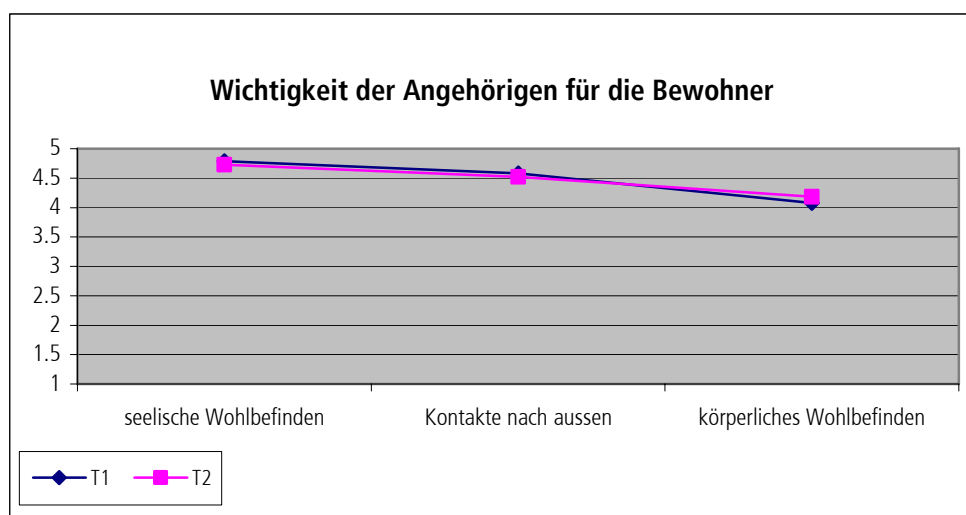
der Meinung sind, dass Angehörigenarbeit im Vergleich zum letzten Jahr in Zukunft nur von den Mitarbeitenden, dem ärztlichen Dienst und von den Angehörigen selbst wichtiger genommen werden soll. Für die Leitung und sie persönlich sehen sie den Bedarf nicht mehr.

**Tabelle 6:**  
**Wichtigkeit von Angehörigenarbeit im letzten Jahr und in Zukunft zum zweiten Messzeitpunkt**

	<i>N</i>	Im letzten Jahr		In Zukunft		<i>t</i> -Wert	<i>df</i>	<i>p</i>
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
<b>Leitung</b>	83	4.48	.80	4.48	.67	0.000	82	0.500
<b>Persönlich</b>	83	4.17	.82	4.27	.89	-1.379	82	.0860
<b>Mitarbeitende</b>	82	4.04	.92	4.30	.77	-2.775	81	.0035
<b>Ärztlicher Dienst</b>	80	3.84	.96	4.40	.74	-5.357	79	.0000
<b>Angehörige</b>	72	3.71	.99	4.32	.77	-6.336	81	.0000

#### 7.4.3.5 Die Wichtigkeit der Angehörigen für die Bewohner

In einem weiteren Schritt nahmen die Mitarbeitenden Stellung zu der Frage, wie wichtig die Angehörigen für den Bewohner in Bezug auf das seelische und körperliche Wohlbefinden und die Kontakte nach aussen sind. Die Mitarbeitenden schreiben den Angehörigen eine hohe Bedeutung für die Bewohnerinnen und Bewohner zu. Die Mittelwerte lagen für alle drei abgefragten Aspekte in beiden Befragungen über 4 (siehe Abbildung 27).



**Abb. 27:** Beurteilung der Wichtigkeit der Angehörigen für die Bewohner durch die Mitarbeitenden zu beiden Messzeitpunkten (Mittelwerte). (1 =überhaupt nicht wichtig, 5 =sehr wichtig)

In der Reihenfolge wird die Bedeutung der Angehörigen zunächst für das seelische Wohlbefinden  $M_1 = 4.79$  ( $SD = .44$ ) und  $M_2 = 4.73$  ( $SD = .52$ ),  $t$ -Wert = 962;  $df = 83$ ;  $p = .169$ , dann für die Kontakte nach aussen  $M_1 = 4.58$  ( $SD = .68$ ) und  $M_2 = 4.52$  ( $SD = .78$ ),  $t$ -Wert = 761;  $df = 83$ ;  $p = .224$  und schliesslich für das körperliche Wohlbefinden  $M_1 = 4.08$  ( $SD = .89$ ) und  $M_2 = 4.18$  ( $SD = .92$ ),  $t$ -Wert = -.851;  $df = 83$ ;  $p = .1985$  gesehen. Die relativ hohen Bewertungen bereits

vor Projektstart lassen vermuten, dass im Pflegezentrum Käferberg bereits eine ausgesprochen gute Kultur in der Angehörigenarbeit bestand. Denn wie auch die zuvor beschriebenen Ergebnisse zeigen, wird sie zum einen als sehr wichtig und ausbaufähig eingestuft und zum anderen wird in dieser Frage deutlich, dass Angehörige aus Sicht der Mitarbeitenden einen hohen Stellenwert und einen Platz zum Wohle der Bewohner verdienen.

#### 7.4.3.6 Die Beurteilung des Angebotes für die Angehörigen

Analog zu der Befragung der Angehörigen sollten auch die Mitarbeitenden die einzelnen Bestandteile des Angehörigenkonzepts beurteilen. Zuerst wurde erfragt, inwieweit sie darüber informiert sind, und dann, für wie sinnvoll sie diese Angebote halten.

Wie die Abbildung 28 zeigt, ist der Wissensstand der Mitarbeitenden über die einzelnen Angebote verhältnismässig gut. Erstaunlicherweise wissen jedoch immer noch einige trotz hoher Transparenz bei der Information über gewisse Angebote nicht Bescheid. So rangieren die Begrüssungsanlässe und die Informationsmappe des Pflegezentrums auf den letzten Plätzen in der erstellten Rangfolge, und es sind doch mehr als 30% der Teilnehmenden, die angeben das Angebot nicht zu kennen.

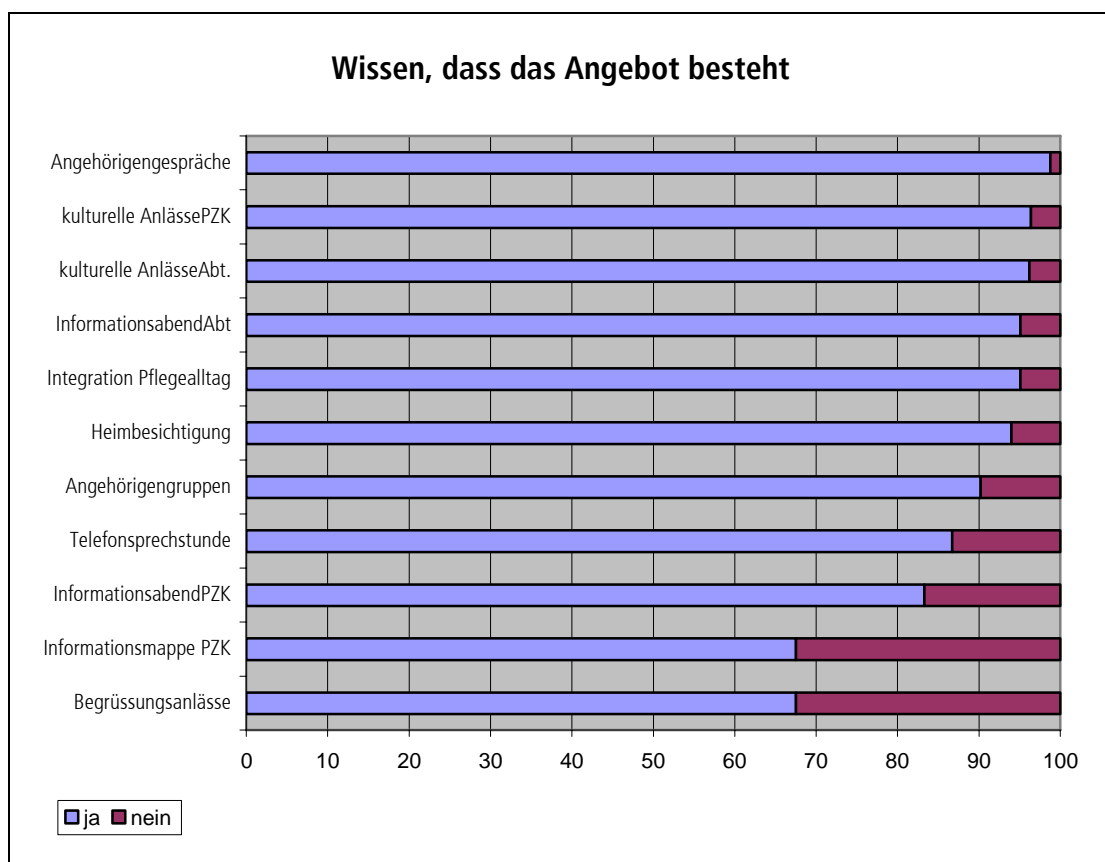
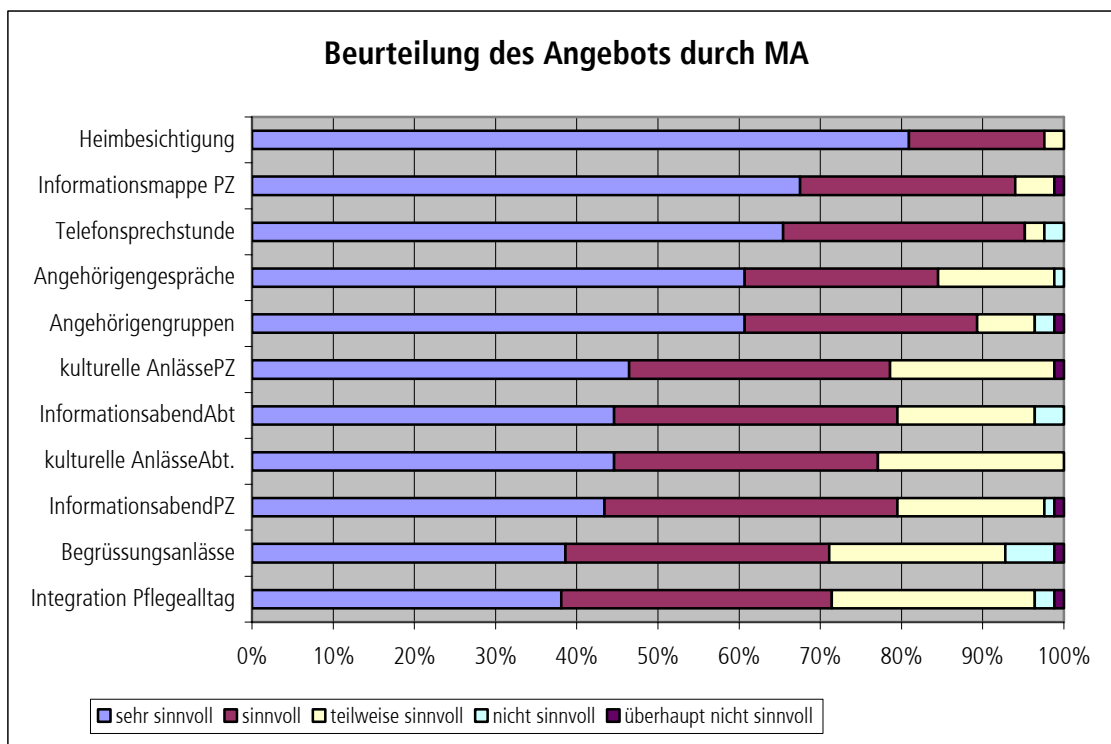


Abb. 28: Informationsstand der Mitarbeitenden über die einzelnen Angebote für Angehörige nach Abschluss des Projekts

Bei der Beurteilung darüber, ob die einzelnen Angebote sinnvoll oder weniger sinnvoll sind, rangiert auch bei den Mitarbeitenden die Heimbesichtigung an erster und die Integration in den Pflegealltag an letzter Stelle (siehe Abbildung 29).



**Abb. 29: Beurteilung der Mitarbeitenden, darüber wie sinnvoll die einzelnen Angebote für die Angehörigen sind zum zweiten Messzeitpunkt**

Zusammengefasst beurteilen mehr als 70% der Mitarbeitenden die Angebote als sinnvoll bis sehr sinnvoll. Bei der Suche nach der Ursache dafür, dass die Integration in den Pflegealltag das Schlusslicht in der Reihenfolge bildet, lässt sich vermuten, dass diese Beurteilung vielleicht deshalb zustande kommt, weil es auch eines der Angebote ist, das von den Angehörigen am wenigsten genutzt wurde, woraus der Rückschluss gezogen wurde, es sei weniger sinnvoll als die anderen Angebote.

#### **7.4.3.7 Die Einstellung gegenüber Angehörigen**

Mit einer Hauptkomponentenanalyse liessen sich zwei voneinander unabhängige Skalen bilden. Die Skala „Positive Einstellung“ erreichte ein Cronbach`s Alpha zwischen 0.69 zu T1 und 0.65 zu T2. Sie umfasste die nachstehend aufgeführten Items:

- *Es ist gut, wenn man die Angehörigen in den Pflegealltag integriert.*
- *Manchmal ist es wichtig, Angehörigen beizustehen.*
- *Es kann hilfreich sein, die Meinung von Angehörigen zu berücksichtigen.*
- *Angehörige sind für die Bewohner der wichtigste Kontakt nach aussen.*
- *Wenn man mit Angehörigen richtig arbeitet, können sie auch eine Hilfe bedeuten.*

- *Es ist eine Herausforderung, Angehörige zu begleiten.*

Die „Kritische Einstellung“ wurde mit elf Items gemessen, die miteinander ein Cronbach's Alpha von 0.77 zum ersten und 0.79 zu zweiten Messzeitpunkt erreichten.

- *Oftmals wollen Angehörige zu viel wissen.*
- *Einige Angehörige sollten mehr Vertrauen in uns haben.*
- *Es ist schwierig, die Anliegen der Angehörigen auch noch zu berücksichtigen.*
- *Mich um Angehörige zu kümmern, halte ich nicht für meine Aufgaben.*
- *Das Pflegepersonal kennt die Bewohnerin oft besser als die Angehörigen.*
- *Viele Angehörige liefern die Bewohner einfach ab.*
- *Am besten geht man Angehörigen aus dem Weg, sie wollen doch nur kritisieren.*
- *Es gibt sehr viele Angehörige, die sich überhaupt nicht kümmern.*
- *Es gibt Angehörige, die für uns schwierig sind, weil sie sehr mit dem Bewohner mitleiden.*
- *Insgesamt gibt es nur wenige Angehörige, die sich stärker engagieren.*
- *Angehörige in Entscheidungen mit einzubeziehen ist im Alltag eigentlich gar nicht möglich.*

Betrachtet man die Messung der Einstellung der Mitarbeitenden gegenüber Angehörigen auf den beiden Skalen „positive Einstellung“ und „kritische Einstellung“ lässt sich zunächst feststellen, dass zu beiden Messzeitpunkten die positive Einstellung ( $M_1 = 4.31$  ( $SD = .46$ ) und  $M_2 = 4.31$  ( $SD = .48$ ),  $t\text{-Wert} = .114$ ;  $df = 78$ ;  $p = .910$ ) deutlich höher liegt als die kritische ( $M_1 = 2.72$  ( $SD = .61$ ) und  $M_2 = 2.71$  ( $SD = .78$ ),  $t\text{-Wert} = .184$ ;  $df = 79$ ;  $p = .845$ ) (siehe Abbildung 30). Das heisst, dass die Mitarbeitenden den Angehörigen mit einer grundsätzlich positiven Einstellung begegnen und gleichzeitig dabei ein gewisses Mass an kritischer Haltung bewahren. Diese Einstellungen sind über den Projektzeitraum unverändert geblieben.

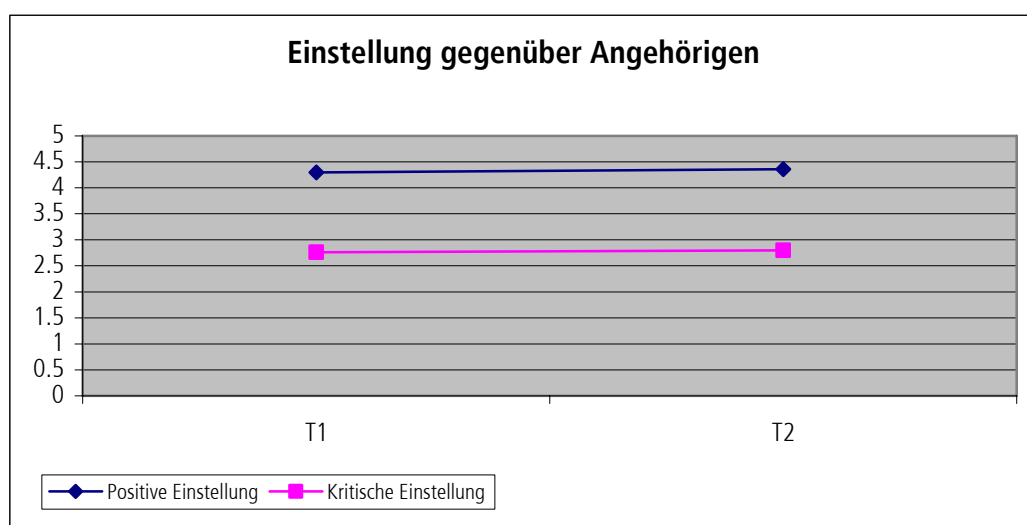


Abb. 30: Positive und kritische Einstellung der Mitarbeitenden gegenüber Angehörigen zu beiden Messzeitpunkten (Mittelwerte) (1 =trifft überhaupt nicht zu; 5 =trifft vollkommen zu)

#### **7.4.3.8 Die Arbeitszufriedenheit**

Die Skala zur Arbeitszufriedenheit erreichte in der Untersuchung ein Cronbach's Alpha von 0.86 in der ersten Messung und 0.89 in der zweiten. Sie setzte sich aus folgenden Items zusammen:

- *Das Pflegezentrum Käferberg entspricht weitgehend meinen Idealvorstellungen.*
- *Ich kann in meinem Beruf meine Fähigkeiten voll nutzen.*
- *Meine Berufsideale lassen sich in meiner Tätigkeit verwirklichen.*
- *Was meine Arbeit anbelangt, bin ich eigentlich grundsätzlich zufrieden.*
- *Ich finde, dass die Arbeit, die ich zurzeit mache, genau das Richtige für mich ist.*
- *Ich habe mir schon ernsthaft überlegt, aus dem Beruf auszusteigen.*
- *Ich halte mich gern an meinem Arbeitsplatz auf.*
- *Mein Beruf macht mir Spaß.*

Die Mittelwerte der Mitarbeitenden auf dieser Skala lagen bei  $M_1 = 4.33$  ( $SD = .57$ ) und  $M_2 = 4.27$  ( $SD = .64$ ),  $t$ -Wert = 955;  $df = 81$ ;  $p = .171$ . Die Mitarbeitenden gaben in beiden Befragungen eine ähnlich hohe Arbeitszufriedenheit an.

#### **7.4.3.9 Die Selbsteinschätzung der Kompetenz im Umgang mit Angehörigen**

Die Selbsteinschätzung der Kompetenz wurde auf den drei durch Hauptkomponentenanalysen ermittelten Subskalen „Wissen über Angehörige“, „Gesprächs- und Kooperationskompetenz“ und „Unsicherheit im Umgang mit Angehörigen“ gemessen.

Die Skala „Wissen“ umfasste fünf Items mit einem knapp zufriedenstellenden Cronbach's Alpha von 0.69 in der ersten Messung und 0.59 in der zweiten.

- *Aufgrund meines Fachwissens kann ich mir gut vorstellen, welche Probleme Angehörige beschäftigen.*
- *Ich bin in der Lage, die Bedürfnisse von Angehörigen zu erfassen.*
- *Es ist für mich schwer vorstellbar, welche Probleme die Angehörigen eigentlich beschäftigen.*
- *Ich weiss, mit welchen Belastungen Angehörige beim Eintritt umgehen müssen.*
- *Ich kann manchmal nicht nachvollziehen, warum Angehörige so viel kontrollieren wollen.*

Zur Gesprächs- und Kooperationskompetenz wurden dreizehn Items zusammengefasst, die miteinander ein gutes Cronbach's Alpha von 0.89 zu T1 und 0.88 zu T2 erreichten.

- *Ich weiss genau, welche Ziele ich in meiner Arbeit mit Angehörigen verfolge.*
- *Ich kann aufgrund meines Wissens Gespräche mit Angehörigen positiv beeinflussen.*
- *Ich kann gut mit Kritik von Seiten der Angehörigen umgehen.*
- *Es fällt mir leicht, mit Angehörigen zusammen zu arbeiten.*
- *Ich weiss, worauf es mir bei der täglichen Arbeit mit Angehörigen ankommt.*
- *Ich weiss eigentlich immer, wie ich mich Angehörigen gegenüber am besten verhalte.*
- *In meinem Arbeitsalltag gehe ich offen auf die Angehörigen zu.*

- *Ich respektiere die Angehörigen als Partner in meiner Arbeit.*
- *In meinem Alltag nehme ich mir bewusst Zeit für Gespräche mit Angehörigen.*
- *Gespräche mit Angehörigen bereite ich in der Regel sorgfältig vor.*
- *In Gesprächen mit Angehörigen weiss ich, welche Ziele ich verfolge.*
- *Wenn Angehörige nicht auf mich zu kommen, gehe ich auf sie zu.*
- *Ich bin mir sicher, dass ich viel zu einer guten Zusammenarbeit mit Angehörigen beitragen kann.*

Die dritte Skala „Unsicherheit im Umgang mit Angehörigen“ umfasste sieben Item mit einem Cronbach's Alpha von 0.79 in der ersten Befragung und 0.81 in der zweiten Messung.

- *Manchmal denke ich, dass ich an den Bedürfnissen der Angehörigen vorbeihandle.*
- *Ich bin mir nicht sicher, ob mein Tun wirklich den Bedürfnissen der Angehörigen entspricht.*
- *Manchmal weiss ich nicht, wie ich auf die Anliegen der Angehörigen reagieren soll.*
- *Ich bin mir oft nicht sicher, welche Informationen ich den Angehörigen geben darf.*
- *In meiner Arbeit bin ich oft nicht sicher, was ich mit meinem Vorgehen bei den Angehörigen bewirke.*
- *Die vielen verschiedenen Erwartungen der Angehörigen verunsichern mich.*
- *In Konfliktsituationen mit Angehörigen bin ich manchmal ratlos.*

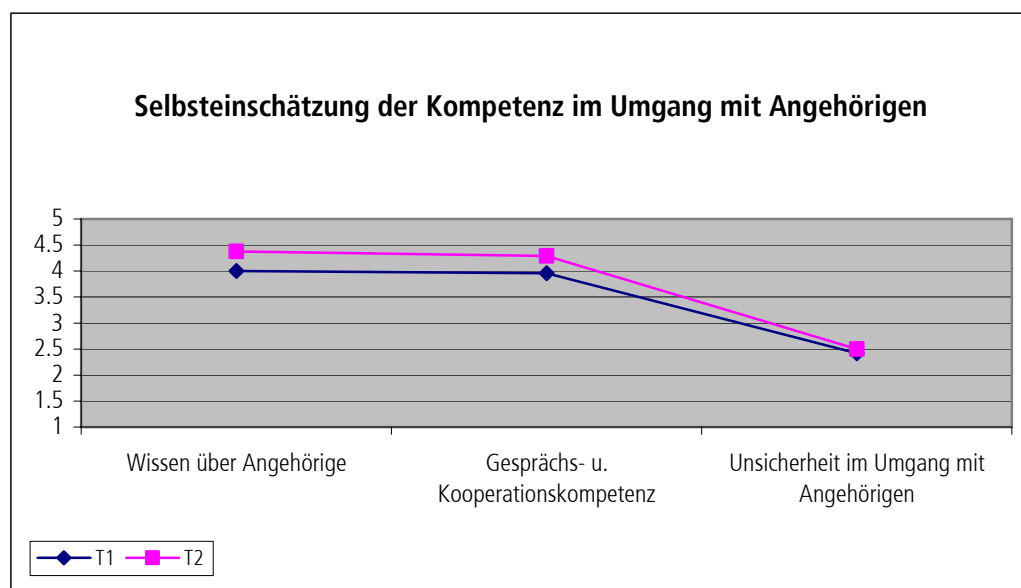


Abb. 31: Selbsteinschätzung der Kompetenz der Mitarbeitenden im Umgang mit Angehörigen zu beiden Messzeitpunkten

Die Mitarbeitenden schätzten ihr Wissen und ihre Gesprächs- und Kooperationskompetenz zum zweiten Messzeitpunkt signifikant höher ein als in der ersten Befragung. Die Ergebnisse im Bereich Wissen über Angehörige betrugen zum ersten Zeitpunkt  $M_1 = 4.05$  ( $SD = .55$ ) und zum zweiten  $M_2 = 4.30$  ( $SD = .57$ ),  $t$ -Wert = -3.99;  $df = 76$ ;  $p = .000$ . Die Gespräch- und Kooperationskompetenz erzielte in der Selbstbeurteilung Werte von  $M_1 = 3.96$  ( $SD = .60$ ) und  $M_2 = 4.18$  ( $SD = .58$ ),  $t$ -Wert = -4.267;  $df = 74$ ;  $p = .000$ . Bei der Skala der Unsicherheit im Umgang mit



Angehörigen gab es keine Veränderungen ( $M_1 = 2.42$  ( $SD = .69$ ) und  $M_2 = 2.35$  ( $SD = .88$ ),  $t$ -Wert =  $-.711$ ;  $df = 76$ ;  $p = .479$ ) (siehe Abbildung 31).

Es lässt sich vermuten, dass die Fortbildungen und die Begleitung der Mitarbeitenden, aber vor allem auch der geforderte und strukturierte Umgang mit Angehörigen und die vertiefte Auseinandersetzung mit dem Thema eine positive Wirkung zeigen.

#### 7.4.3.10 Die Belastung durch Angehörige

Die Häufigkeit verschiedener belastender Situationen, die von den Mitarbeitenden beurteilt werden musste, ist zum zweiten Messzeitpunkt, wie mit dem Projekt beabsichtigt, signifikant gesunken (siehe Tabelle 7). Nur die Häufigkeit der Gespräche mit Angehörigen ist wie beabsichtigt signifikant gestiegen.

**Tabelle 7:**  
**Häufigkeiten der belastenden Situationen mit Angehörigen**

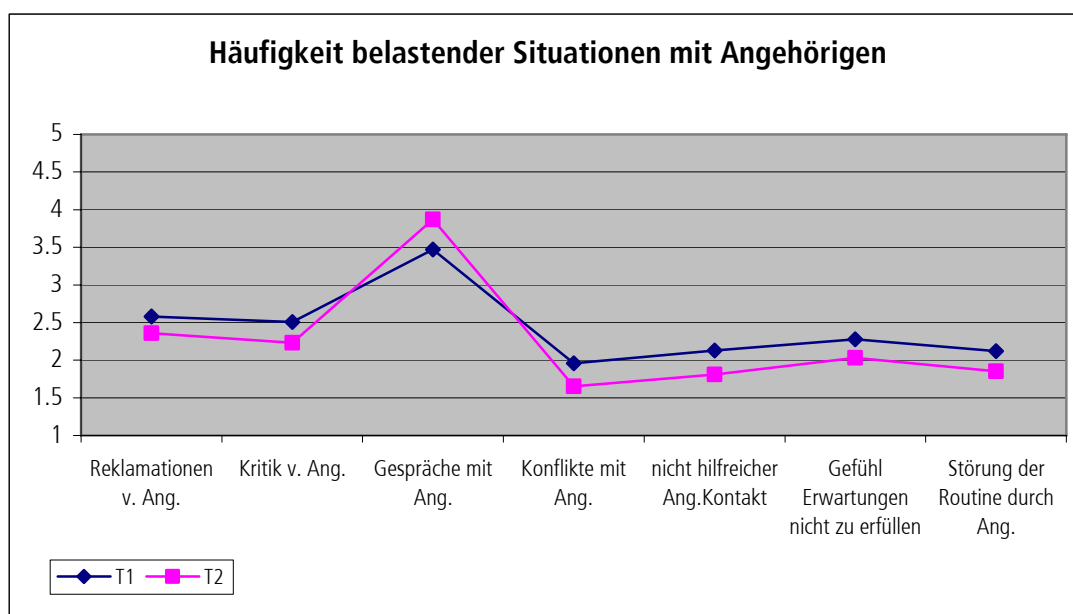
	<i>N</i>	T1			T2		<i>t</i> -Wert	<i>df</i>	<i>p</i>
		<i>M</i>	<i>SD</i>		<i>M</i>	<i>SD</i>			
Reklamationen von Angehörigen	80	2.58	.82		2.36	.98	1.946	79	.0275
Kritik von Angehörigen	79	2.51	.90		2.23	.83	2.87	78	.0025
Gespräche mit Angehörigen	79	3.47	.99		3.87	1.07	-3.195	78	.0020
Unterbrechung durch Angehörige	79	2.81	1.04		2.80	1.17	0.109	78	.4560
Konflikte mit Angehörigen	79	1.96	.88		1.65	.64	3.409	78	.0005
Zusammenarbeit mit Angehörigen	78	3.18	1.16		3.18	1.20	0.000	77	0.500
Bedürfnissen nicht gewachsen sein	77	1.90	.74		1.81	.83	0.818	76	.2080
Grosser Zeitdruck	79	2.47	1.10		2.56	1.24	-0.614	78	.2705
Zu hoher Anteil Angehörigenarbeit	77	1.74	.82		1.95	1.03	-1.539	76	.0640
Sich um Angehörige kümmern	79	2.34	.85		2.25	.99	0.796	78	.2140
Ungenügende Zeit	79	1.78	.90		1.84	1.09	-0.386	78	.3500
Nicht hilfreicher Angehör.-Kontakt	77	2.13	.98		1.81	.89	2.87	76	.0025
Vermittlungen	79	2.15	.88		1.99	.98	1.455	78	.0750
Schwierigkeiten	80	2.16	1.01		2.23	1.08	-0.402	79	-.3440
Behinderungen der Arbeit	77	1.88	.87		1.75	.86	1.199	76	.1170
Problemen nicht gewachsen sein	79	1.56	.89		1.47	.75	0.829	78	.2050
Erwartungen nicht erfüllen können	78	2.28	.92		2.03	.94	2.108	77	.0190
Sich nicht respektiert fühlen	78	1.22	.57		1.14	.42	1.136	77	.1290
Angeh. kümmern sich nicht genug	79	2.68	.99		2.49	1.16	1.306	78	.0975
Störungen der Routine	78	2.12	1.01		1.85	.87	2.259	77	.0135

Die ersichtlichen Veränderungen gingen also in die gewünschte Richtung. Aus der Sicht der Mitarbeitenden gibt es demnach weniger häufig Reklamationen von Angehörigen, weniger Kritik,

weniger Konflikte, weniger nicht hilfreicher Angehörigenkontakt und weniger Störungen der Routine durch Angehörige. Gleichzeitig hat sich das Gefühl, die Erwartungen von Angehörigen nicht erfüllen zu können, signifikant reduziert.

Das kann zum einen daran liegen, dass sich das Verhalten der Angehörigen mit der Umsetzung des Konzeptes tatsächlich verändert hat und es weniger Kritik, Reklamationen oder Konflikte gibt. Sofern sie dann doch vorhanden sind, werden sie vermutlich besser kanalisiert. Andererseits ist aber auch vorstellbar, dass sich die Wahrnehmung der Mitarbeitenden verschoben hat. Das erweiterte Wissen über die Situation und die Belastung, unter der Angehörige leiden, kann zu mehr Verständnis geführt haben, so dass das Anbringen von Kritik und Reklamation anders wahrgenommen und in der Häufigkeit unterschätzt wird.

In der Abbildung 32 sind die Veränderungen mit signifikanten Mittelwertsunterschieden für die Häufigkeiten noch einmal zusammengefasst.



**Abb. 32: Beurteilung der Häufigkeit belastender Situationen mit Angehörigen durch die Mitarbeitenden, bei denen sich eine signifikante Veränderung zwischen beiden Messzeitpunkten ergab**

Auch die Belastungsintensität ist über die beiden Messzeitpunkte an einigen Stellen gesunken. Weniger belastend erlebt werden die Reklamationen von Angehörigen, die Zusammenarbeit mit Angehörigen, nicht hilfreicher Angehörigenkontakt, Schwierigkeiten mit Angehörigen, Behinderungen der Arbeit durch Angehörige, Angehörige, die sich nicht genug um den Bewohner kümmern, und die Störungen der Routine durch Angehörige (siehe Tabelle 8).

Sowohl die Häufigkeit als auch die Belastungsintensität haben sich verringert bei den Reklamationen, beim nicht hilfreichen Angehörigenkontakt und bei den Störungen der Routine.

Versucht man diese Ergebnisse zu interpretieren, lässt sich vermuten, dass sich auf der einen Seite das Verhalten der Angehörigen verändert hat. Auf der anderen Seite zeigen die Daten, dass auch bei den Mitarbeitenden etwas passiert ist. Das Gefühl, Erwartungen nicht erfüllen zu können, ist gesunken und die Zusammenarbeit mit Angehörigen, die Schwierigkeiten und Behinderung der

Arbeit, werden bei gleich bleibender Häufigkeit von den Mitarbeitenden weniger belastend erlebt. Das heisst, bei den Mitarbeitenden gab es einen Prozess, der ihnen möglicherweise mehr Sicherheit verliehen hat, mit den benannten Situationen anders umzugehen.

Die gleich bleibende Belastungsintensität bei reduzierter Häufigkeit von Kritik und Konflikten mit Angehörigen spricht dafür, dass sich die Mitarbeitenden an diesen Punkten nicht besser schützen können. Bedenkt man aber die Ergebnisse der vorausgehenden Fragestellungen, wird deutlich, dass den Mitarbeitenden die Angehörigenarbeit wichtig ist und ein guter Kontakt und eine gute Zusammenarbeit mit ihnen sehr erwünscht ist. Vor diesem Hintergrund ist möglicherweise jede Kritik zu viel und wird sofort als belastend erlebt.

**Tabelle 8:**  
**Belastungsintensität der belastenden Situationen mit Angehörigen**

	T1			T2		<i>t</i> -Wert	<i>df</i>	<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
<b>Reklamationen von Angehörigen</b>	77	2.77	1.12	2.45	1.12	2.172	76	.0165
<b>Kritik von Angehörigen</b>	76	2.53	1.10	2.49	1.14	.286	75	.3880
<b>Gespräche mit Angehörigen</b>	76	1.80	.88	1.71	.92	.724	75	.2360
<b>Unterbrechung durch Angehörige</b>	76	2.12	1.07	2.16	1.21	-.331	75	.7410
<b>Konflikte mit Angehörigen</b>	73	2.49	1.26	2.64	1.34	-.816	72	.2080
<b>Zusammenarbeit mit Angehörigen</b>	75	1.84	1.07	1.52	.79	2.270	74	.0130
<b>Bedürfnissen nicht gewachsen sein</b>	73	2.25	1.08	2.12	1.19	.694	72	.2450
<b>Grosser Zeitdruck</b>	75	2.23	1.09	2.35	1.32	-.740	74	.2310
<b>Zu hoher Anteil Angehörigenarbeit</b>	74	1.88	.99	1.92	1.06	-.271	73	.3930
<b>Sich um Angehörige kümmern</b>	76	2.22	1.04	2.14	1.16	.570	75	.2850
<b>Ungenügende Zeit</b>	75	2.05	1.09	2.11	1.23	-.314	74	.3770
<b>Nicht hilfreicher Angehörigenkontakt</b>	73	2.32	1.09	2.03	1.14	2.036	72	.0225
<b>Vermittlungen</b>	76	2.01	.93	1.79	1.10	1.442	75	.0770
<b>Schwierigkeiten</b>	75	2.15	1.07	1.89	.91	1.751	74	.0420
<b>Behinderungen der Arbeit</b>	72	2.17	1.14	1.75	.93	2.900	71	.0025
<b>Problemen nicht gewachsen sein</b>	75	1.52	.79	1.61	1.03	-.656	74	.2570
<b>Erwartungen nicht erfüllen können</b>	73	2.42	1.05	2.19	1.21	1.453	72	.0755
<b>Sich nicht respektiert fühlen</b>	73	1.32	.83	1.37	.98	-.523	72	.3010
<b>Angeh. kümmern sich nicht genug</b>	75	2.59	1.09	2.13	1.14	3.026	74	.0015
<b>Störungen der Routine</b>	73	1.92	1.09	1.64	.84	2.332	72	.0110

#### 7.4.3.11 Korrelative Zusammenhänge der verschiedenen Variablen

Zum Abschluss der statistischen Analysen des Prä-/Post-Vergleichs der Mitarbeitenden wurden die korrelativen Zusammenhänge zwischen den Einstellungsskalen und der Selbsteinschätzung der Kompetenz im Umgang mit Angehörigen zu beiden Messzeitpunkten berechnet. Wie die Tabellen 9 und 10 zeigen, lassen sich hier einige signifikante Zusammenhänge nachweisen. Im Folgenden soll auf einige Korrelation exemplarisch eingegangen werden.

**Tabelle 9:**  
**Korrelative Zusammenhänge zwischen den Einstellungsskalen und der Selbsteinschätzung der Kompetenz im Umgang mit Angehörigen zum ersten Messzeitpunkt**

	Positive Einstellung	Kritische Einstellung	Wissen	Gesprächs-, Kooperations-Kompetenz	Unsicherheit
<b>Positive Einstellung</b>	1				
<b>Kritische Einstellung</b>	-.257*	1			
<b>Wissen</b>	.344**	-.319**	1		
<b>Gesprächs- und Kooperations-Kompetenz</b>	.381**	-.099	.393**	1	
<b>Unsicherheit</b>	-.145	.401**	-.279*	-.297**	1

\*\* .Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant; \* . Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant

Der Zusammenhang zwischen den beiden Einstellungsskalen ist zum ersten Messzeitpunkt mit  $r_1 = -.257^*$  signifikant und liegt zu T2 mit  $r_2 = -.218$  knapp unter der Signifikanzgrenze. Die negative Korrelation zeigt, dass ein hoher Wert in der positiven Einstellung mit einem eher niedrigen Wert in der kritischen Einstellung einhergeht. Die eher niedrige Korrelation bestätigt tendenziell, dass die beiden Einstellung nicht zwei Pole einer Dimension sind, sondern so wie unter 7.4.3.7 berichtet, zwei unterschiedliche Einstellungen messen.

##### *Zusammenhänge zwischen der positive Einstellung und den anderen Variablen:*

Die positive Einstellung korreliert zu beiden Zeitpunkten signifikant positiv mit dem Wissen über Angehörige. Je höher der Wert der Mitarbeitenden auf der Skala des Wissens ist, desto höher ist auch der Wert auf der positiven Einstellung. Sieht man sich diesen Zusammenhang auf der inhaltlichen Ebene an, so lässt er sich folgendermassen beschreiben: Mitarbeitende, die von sich meinen, sie kennen die Probleme der Angehörigen und wissen mit welchen Belastungen diese umgehen müssen, sind eher bereit, sie in den Alltag zu integrieren, und erleben den Kontakt zu Angehörigen als hilfreich.

Wie zu erwarten war, findet sich auch bei der positiven Einstellung und der Gesprächs- und Kooperationskompetenz zu beiden Messungen ein signifikant positiver Zusammenhang. Mitarbeitenden mit einer höheren Gesprächs- und Kooperationskompetenz haben auch einen höheren

Wert auf der Einstellungsskala. Interessanterweise steigt dieser Zusammenhang von  $r_1 = .381^{**}$  zum ersten Messzeitpunkt auf  $r_2 = .426^{**}$  zu T2. Das lässt vermuten, dass sich diese beiden Variablen miteinander positiv verändern, was in der Folge bedeuten würde, dass sich durch eine Steigerung der Gesprächs- und Kooperationskompetenz auch die Einstellung positiv beeinflussen liesse.

**Tabelle 10:**

**Korrelative Zusammenhänge zwischen den Einstellungsskalen und der Selbsteinschätzung der Kompetenz im Umgang mit Angehörigen zum zweiten Messzeitpunkt**

	Positive Einstellung	Kritische Einstellung	Wissen	Gesprächs- und Kooperationskompetenz	Unsicherheit
<b>Positive Einstellung</b>	1				
<b>Kritische Einstellung</b>	-.218	1			
<b>Wissen</b>	.280*	-.248*	1		
<b>Gesprächs- und Kooperationskompetenz</b>	.426**	-.480**	.478**	1	
<b>Unsicherheit</b>	-.259*	.635**	-.250*	-.390**	1

\*\*Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant; \*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant

Der Zusammenhang zwischen der selbst eingeschätzten Unsicherheit im Umgang mit Angehörigen und der positiven Einstellung zu Angehörigen ist zu beiden Messzeitpunkten negativ und wird erst zu T2 signifikant. Je unsicherer eine Person sich selbst einschätzt, umso weniger positiv ist in dieser Untersuchung ihre Einstellung zu Angehörigen und umgekehrt. Personen, die weniger gut wissen, wie sie sich Angehörigen gegenüber verhalten sollen, sind auch weniger bereit, sie in den Alltag zu integrieren, oder finden den Kontakt zu Angehörigen auch weniger hilfreich.

#### *Zusammenhänge zwischen der kritischen Einstellung und den anderen Variablen*

Sowohl die Skala des Wissens als auch die der Gesprächs- und Kooperationskompetenz stehen zu beiden Messzeitpunkten in einem negativen Zusammenhang mit der kritischen Einstellung. Je niedriger der Wert des Wissens und der Gesprächskompetenz, umso höher ist der Wert auf der Skala der kritischen Einstellung. Mitarbeitende, die weniger Wissen über Angehörige haben und sich in der Zusammenarbeit und in Gesprächen mit Angehörigen weniger kompetent fühlen, haben ihnen gegenüber eine eher ablehnende, distanzierte Haltung.

Besonders hoch ist jedoch die Korrelation zwischen der kritischen Einstellung und dem Faktor Unsicherheit. Hier zeigt sich zu T1 und T2 ein signifikant positiver Zusammenhang, der zum zweiten Messzeitpunkt noch stärker wird ( $r_1 = .401^{**}$  und  $r_2 = .635^{**}$ ). Ein hoher Wert auf der Skala Unsicherheit geht auch mit einem hohen Wert in der kritischen Einstellung einher. Mitarbeitende die im Umgang mit Angehörigen eher unsicher sind, haben tendenziell auch eine eher distanzierte,

ablehnende Haltung den Angehörigen gegenüber und umgekehrt. Auch wenn Korrelationen keinen Schluss auf Kausalitäten zulassen, ist an dieser Stelle doch vorstellbar, dass die eigene Unsicherheit durch eine Projektion auf die Angehörigen kompensiert wird. Ähnlich wie bei der positiven Einstellung und der Gesprächskompetenz wird auch hier der Zusammenhang zum zweiten Messzeitpunkt noch einmal stärker, die Variablen entwickeln sich also vermutlich über die Zeit miteinander.

#### 7.4.4 Die Beurteilung des Unterstützungsangebots für die Mitarbeitenden

Im Weiteren waren die Mitarbeitenden aufgefordert, die unterstützenden Massnahmen im Umgang mit Angehörigen zu beurteilen. Werden hier nur die beiden Kategorien „trifft vollkommen zu“ und „trifft zu“ zusammengefasst, wissen 89.1% der Mitarbeitenden, an wen sie sich bei Problemen mit Angehörigen wenden können (siehe Abbildung 33).

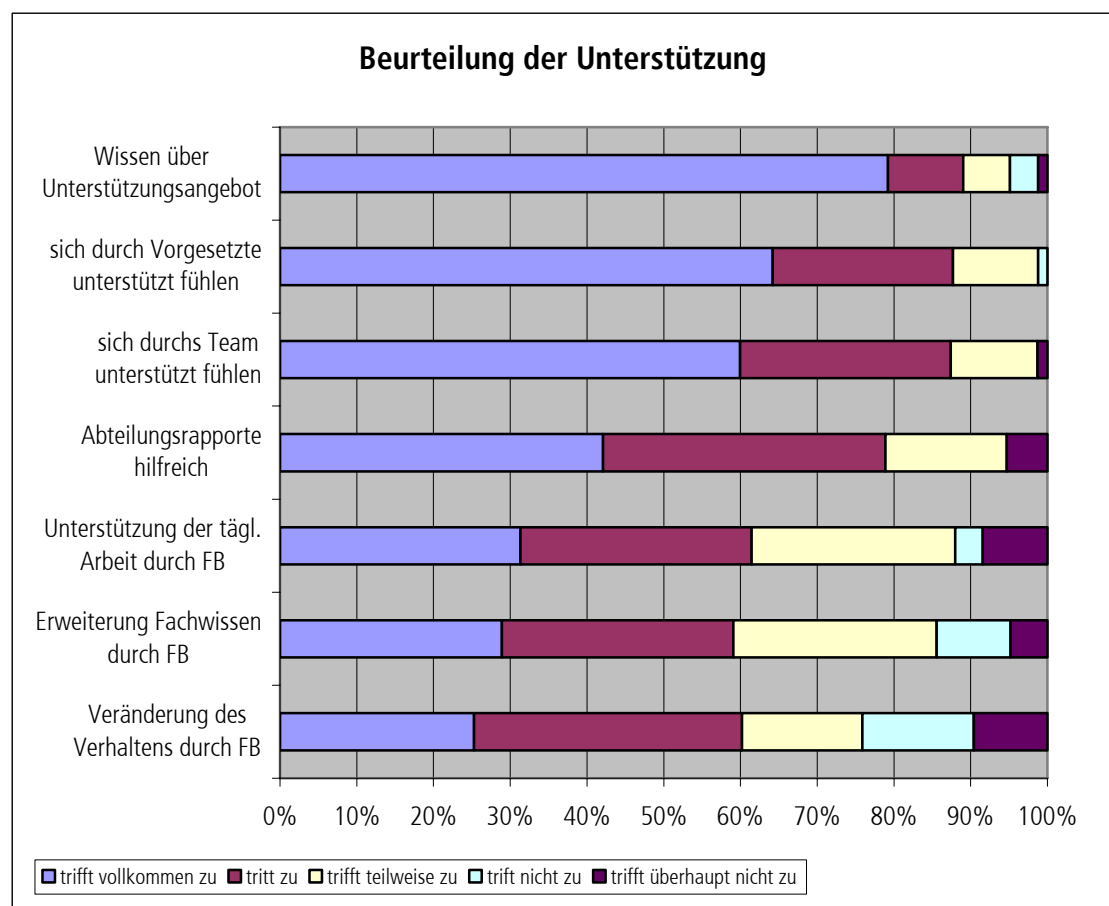


Abb. 33: Beurteilung des Unterstützungsangebots durch die Mitarbeitenden nach Projektabschluss

Etwas mehr 87% fühlen sich durch ihre Vorgesetzten und genauso viele durch ihr Team unterstützt. Die Abteilungsrapporte zum Thema Angehörige werden von 78.9% als hilfreich erlebt. Für 61.4% waren die durchgeführten Fortbildungen eine Unterstützung für ihre tägliche Arbeit mit Angehörigen und 59% bestätigen, dass sich ihr Fachwissen in Bezug auf das Thema Angehörige

dadurch erweitert hat. Und schliesslich kamen 60.2% zu dem Schluss, dass die Fortbildungen einen Einfluss auf ihr Verhalten gegenüber Angehörigen hatten.

#### 7.4.5 Die Beurteilung der Wirkung des Projekts

Zum Abschluss des Fragebogens sollten die Mitarbeitenden noch das Angehörigenprojekt in seiner Wirkung und seinem Nutzen aus ihrer Sicht beurteilen (siehe Abbildung 34). Fasst man auch hier nur die beiden Bewertungskategorien „trifft zu“ und „trifft vollkommen zu“ zusammen, so kommen dabei über 80% der Teilnehmenden zu dem Schluss, dass das Projekt den Bewohnern in jedem Fall zugutekommt.

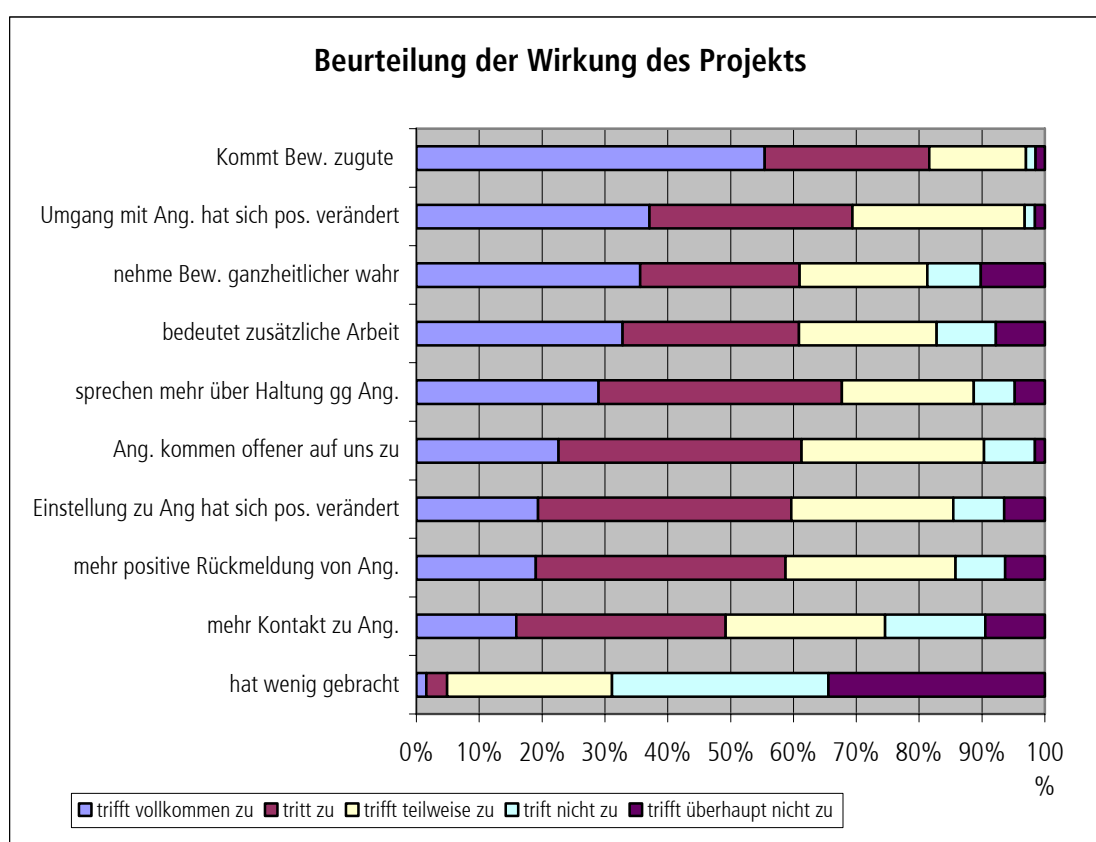


Abb. 34: Beurteilung der Wirkung des Projekts durch die Mitarbeitenden nach Projektabschluss

Knapp 70% sind der Ansicht, dass sich ihr Umgang mit Angehörigen positiv verändert hat. Dass sie die Bewohner ganzheitlicher wahrnehmen, bestätigen etwas mehr als 60% der Teilnehmenden. Ähnlich viele (60.9%) meinen, dass das Projekt zusätzliche Arbeit bedeutet. 67.7% der Mitarbeitenden kommen zu dem Schluss, dass sie im Team mehr über ihre Haltung Angehörigen gegenüber sprechen. Auf der anderen Seite kommen auch die Angehörigen offener auf die Mitarbeitenden zu, meinen 61.3%. Knapp unter 60% bestätigen, dass sich ihre Einstellung zu Angehörigen positiv verändert hat. Mehr positive Rückmeldungen von Angehörigen zu bekommen, wird von 58.7% der Teilnehmenden angegeben. Ungefähr 50% sind der Meinung, sie hätten

mehr Kontakt zu Angehörigen, und nur 4.9% glauben, das Projekt habe im Vergleich zu den Erwartungen wenig gebracht.

Diese Beurteilung lässt sich wohl als sehr positiv zusammenfassen. Die Mitarbeitenden bestätigen hier eine positive Wirkung und einen grossen Nutzen des Projekts. Vor allem, dass sie in der Selbsteinschätzung zu dem Schluss kommen, ihre Einstellung gegenüber Angehörigen habe sich positiv verändert, zeigt, dass das Projekt vermutlich zumindest bei den Teilnehmenden dieser Befragung mehr bewirkt hat als nur eine oberflächliche Einführung von neuen Strukturen.



## **8. Zusammenfassung der Ergebnisse und Diskussion**

Das Projekt „Angehörige als zentrale Partner in der institutionellen Altersarbeit“ startete im Oktober 2003 und wurde im Dezember 2005 abgeschlossen. Während der ersten drei Monate wurde mit einer Projektgruppe das Konzept zur Angehörigenarbeit erarbeitet. Dann erfolgte vor der schrittweisen Einführung und Umsetzung der geplanten Massnahmen die erste Datenerhebung. Die Umsetzung lief bis Anfang 2005, und danach wurden zum zweiten Mal Daten erhoben, ausgewertet und den Angehörigen und Mitarbeitenden bekannt gemacht. Das Gesamtprojekt verfolgte gleichzeitig verschiedene Zielsetzungen, zu denen in der folgenden Zusammenfassung noch einmal Stellung genommen wird.

### **8.1 Die Konzeptphase**

Die Projektleitung hat sich mit diesem Projekt einer besonderen Herausforderung gestellt. Es sollte in einem zuvor klar definierten Zeitraum von 4 mal 2 Stunden mit einer interdisziplinären Projektgruppe ein Konzept zur Angehörigenarbeit erstellt werden, das den im Kapitel 2.8 formulierten Ansprüchen genügt. Es ging dabei unter anderem auch darum zu erproben, ob eine solche Projektorganisation in die Praxis transferierbar ist und schliesslich ein akzeptables Resultat erarbeitet werden kann. Ganz grundsätzlich konnte mit diesem Pilotprojekt gezeigt werden, dass das geplante Vorgehen in der Form durchgeführt werden konnte und am Ende des geplanten Zeitraums ein Konzept zur Umsetzung in die Praxis vorlag. Wie einzelne Aspekte dieser Projektphase aus der Sicht der Projektleitung und der Projektgruppe beurteilt wurden, soll im Folgenden dargestellt und diskutiert werden.

#### **8.1.1 Die kritische Beurteilung durch die Projektleitung**

In der Projektgruppe wurden in der vorgegebenen Zeit alle Grundlagen für das Konzept zusammengestellt. Allerdings darf an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben, dass von der Projektleitung bereits ein grosser Teil Vorarbeit geleistet worden war und auch im Anschluss an die Projektgruppenarbeit das Konzept aufgrund erarbeiteter Vorschläge in seiner Endfassung zusammengestellt wurde. Dieses Vorgehen wird rückblickend aus Sicht der Projektleitung als positiv beurteilt, da es dadurch möglich war, das Projekt straff zu führen und Verzettelungen, die bei der Grösse der Projektgruppe sehr wahrscheinlich gewesen wären, zu vermeiden.

Ebenfalls bewährt hat sich auch die klare Sitzungsstruktur mit vorgegebenen Arbeitsaufträgen. Auch dieses hat ein Abschweifen vom eigentlichen Thema stark eingedämmt. Die Einteilung in verschiedene Arbeitsausschüsse ermöglichte den Mitgliedern eine konzentriertes Arbeiten, was die Aufgabe bei diesem grossen Praxisfeld wohl erleichtert hat. Allerdings kam der Projektleitung an dieser Stelle die zentrale Rolle der Vernetzung der einzelnen Themen und der Bereinigung von

Schnittstellen und Doppelspurigkeiten zu. Rückblickend muss eingeräumt werden, dass dieses eine anspruchsvolle Aufgabe war und die Vernetzung ganz sicher nicht immer so gelungen ist, wie es wünschenswert gewesen wäre.

Von Vorteil war ebenfalls die interdisziplinäre Zusammensetzung der Projektgruppe, die zu einem Reichtum an Ideen führte und die Umsetzung des Projekts deutlich gefördert hat. In der Projektarbeit der Konzeptphase wurde bereits exemplarisch gezeigt, dass Angehörigenarbeit nicht eine Aufgabe des Pflegedienstes allein ist, sondern der ganze Betrieb eine eigene, gemeinsame Kultur im Umgang mit Angehörigen entwickeln muss.

Die Sichtweise der Projektleitung wurde durch die Befragung der Projektgruppe ergänzt. Mit einem speziell konzipierten Fragebogen sollte ein differenzierteres Bild über diese erste Phase erstellt werden.

### **8.1.2 Die kritische Beurteilung durch die Projektgruppe**

Die Auswertung der Stimmungsbarometer der einzelnen Sitzungen im Gesamten zeigt eine Steigerung der Zufriedenheit der Projektgruppenmitglieder mit den abgefragten Kriterien über die vier Termine. Vor allem das Tempo und die Zufriedenheit mit den jeweiligen Sitzungen zeigten eine beeindruckende Steigerung über die Projektphase hinweg. Es lässt sich vermuten, dass die vorgegebene Zeit die Mitglieder zu Beginn des Projekts ziemlich unter Druck gesetzt hat und im Verlauf dann schliesslich erfahrbar wurde, dass in vorgegebener Zeit wider Erwarten doch zum Ziel gekommen werden konnte.

So geht auch aus der retrospektiven Beurteilung des Zeitbudgets für die Konzeptphase hervor, dass die Zeit aus Sicht der Gruppe eher knapp bemessen war, wobei die veranschlagten 2 Stunden pro Sitzung als durchaus ausreichend angesehen wurden.

Ähnlich wie die Projektleitung kamen auch die Mitglieder der Gruppe zu dem Schluss, dass die interdisziplinäre Zusammensetzung als sinnvoll anzusehen ist. Dieses ist vor allen Dingen im Hinblick auf die Qualität der Massnahmen der Fall. Die unterschiedlichen beruflichen Hintergründe wurden als Bereicherung erlebt. Ähnliches gilt auch für den Einbezug verschiedener Hierarchiestufen. Kritisch wurde angemerkt, noch mehr Personal aus der Basis in die Projektgruppe zu integrieren. Wie bereits im Kapitel 7.1.5 angesprochen, ist der Vorschlag sicher ernst zu nehmen, allerdings darf dabei eine bestimmte Gruppengrösse nicht überschritten werden. Dann gilt es schliesslich, Prioritäten zu setzen und zu entscheiden, ob es sinnvoller ist, alle wichtigen Bereiche integriert zu haben oder die Basis des Pflegepersonals stärker vertreten zu wissen. Unter Umständen kann sich die Gewichtung in Abhängigkeit zur Grösse und Kultur einer Institution verändern.

Die Aufteilung der Projektgruppe in verschiedene thematische Arbeitsausschüsse wurde ebenfalls als sinnvoll beurteilt. Die Befragten fanden es dabei wichtig, in einem Ausschuss zu sein, der ihrer Tätigkeit und Fähigkeit entspricht. Dies führt zu der Empfehlung, bei der Zusammensetzung der Projektgruppe sehr sorgfältig vorzugehen, um am Schluss ein wirklich für das Thema arbeitsfähiges Team zusammengestellt zu haben. Die Struktur der Sitzungen, im Ausschuss und dann wieder

im Plenum zu arbeiten, wurde insbesondere im Hinblick auf die Effizienz des Projekts als sehr positiv bewertet.

Dem Austausch zwischen den einzelnen Arbeitsausschüssen wurde aus Sicht der Projektgruppe aber zu wenig Zeit beigemessen. Dies kann zum einen als grundsätzliches Bedürfnis der einzelnen Mitglieder nach mehr Diskussion verstanden werden. Andererseits ist es aber möglicherweise auch ein Hinweis darauf, dass der Projektleitung eine Vernetzung innerhalb der ganzen Gruppe nicht zufrieden stellend gelungen ist. Das würde sich mit der Selbsteinschätzung der Projektleitung in diesem Punkt decken. Es bleibt deshalb zu überlegen, ob es weitere Möglichkeiten gibt, die Vernetzungsarbeit der Projektleitung zu optimieren. In diesem Zusammenhang sind vielleicht ausführlichere Protokolle der Sitzungen hilfreich. Andererseits sollte aber auch abgewogen werden, ob man zukünftig in ähnlich angelegten Projekten von vornherein mehr Zeit dafür einkalkulieren möchte. So wäre es durchaus vorstellbar die Zeit von 2 Stunden pro Sitzung, um eine halbe Stunde zu verlängern. Dieses scheint vor allem deshalb überlegenswert, weil sich vermuten lässt, dass der Wunsch nach mehr Austausch nicht ausschliesslich daraus resultiert, mehr über die Arbeit der anderen erfahren zu wollen. Es könnte auch das Bedürfnis, selbst mehr über die eigene Arbeit berichten zu dürfen und sie damit auch der Kritik der anderen zu stellen, dahinter stehen. Vor diesem Hintergrund scheint die Verlängerung der Sitzungen die sinnvollere Anpassung der Projektorganisation.

Die Projektarbeit hat die einzelnen Mitglieder in unterschiedlicher Weise beansprucht. Trotzdem wurde die Teilnahme in dem Projekt als positiv bewertet. Es bestand eine grosse Zufriedenheit mit den erarbeiteten Ergebnissen, sowohl auf der Ebene der Arbeitsausschüsse als auch in Bezug auf das gesamte Projekt. Auch wenn diese positive Beurteilung durch eine Selbsteinschätzung zustande kam, so muss doch auch in Erinnerung gerufen werden, dass die Projektgruppe nicht von Beginn an nur begeistert über das Projekt und die geplante Vorgehensweise war. Die Mitglieder standen auch dem zu erwartenden Ergebnis eher zweifelnd gegenüber. Die abschliessend positive Beurteilung kann somit auch als Signal für eine Korrektur der eigenen Meinung vor Projektbeginn aufgrund der positiven Erfahrung gewertet werden.

Die Projektgruppe war nahezu geschlossen der Meinung, dass die erarbeiteten Massnahmen im Pflegezentrum Käferberg umsetzbar sind. Kritisch eingewendet wurden aber die Komplexität des Projekts und der daraus resultierende Aufwand zur Umsetzung. Noch schwieriger wird eine Umsetzung in den anderen Pflegezentren eingeschätzt. Den Bedenken muss Rechnung getragen werden. Das Projekt hat einen grossen Umfang, und eine Umsetzung ist sicher mit viel Arbeit und auch Schwierigkeiten verbunden. Das sollte aber nicht dazu führen, es nicht doch zu versuchen und die Herausforderung anzunehmen.

Gesamthaft wurde die Konzeptphase sowohl von der Projektleitung als auch von der Projektgruppe als positiv und erfolgreich beurteilt. Der an verschiedenen Stellen auftauchende Kritikpunkt des gedrängten Zeitplans muss ernst genommen werden. Aber wenn es von Beginn an darum ging, mit möglichst wenig betrieblichen Ressourcen ein möglichst gutes Ergebnis zu erzielen, kann man wohl ohne Zweifel von einer gelungenen Projektphase sprechen. Den Zeitplan zu lo-

ckern, sollte grundsätzlich kein Problem darstellen, ob das allerdings in letzter Konsequenz eine Veränderung der Qualität des Ergebnisses und eine grösserer Zufriedenheit mit dem Projekt bei den Beteiligten Personen zur Folge hat, bleibt auszuprobieren.

## 8.2 Die Konzeptumsetzung

Im Weiteren wollte das Projekt prüfen, ob es überhaupt möglich ist, ein so umfassendes Konzept in der Folge auch in die Praxis umzusetzen. Nachdem das Konzept und die vielen konkreten Massnahmen für das Pflegezentrum Käferberg erarbeitet waren, erfolgte dann über zwölf Monate die schrittweise Umsetzung. Die Angebote für Angehörige wurden nach und nach eingeführt. Hier musste von allen Mitarbeitenden des Betriebes ein grosser Einsatz geleistet werden. Dieser wurde aber durch die Teilnahme der Angehörigen und deren mündliches Feedback belohnt. Die gestaffelte Einführung der Angebote machte das Projekt für die Angehörigen überschaubar und war gleichzeitig bei allem Aufwand auch Kräfte schonend für den Betrieb. Besonders wichtig erscheint im Nachhinein die transparente Information an alle Beteiligten.

Es gab viele neue Aufgaben, die wiederum innerhalb eines sehr kurzen Zeitraums bewältigt werden mussten. Auch die breit angelegte Schulung und Einführung der Mitarbeitenden in die Angehörigenarbeit war mit grossem organisatorischem Aufwand verbunden. Der Betrieb stand vor der Aufgabe, zu jedem geplanten Anlass auch die Personen freistellen zu können, und die Projektleitung musste innert kürzester Zeit das gesamte inhaltliche Programm festlegen und vorbereiten. Am Schluss kann aber gesagt werden, dass diese Art der Fortbildung erfolgreich war. Zum einen war das Feedback der Mitarbeitenden durchweg positiv, und zum anderen hat die Fortbildung die Einsatzbereitschaft positiv beeinflusst. Durch die Fachzirkel für die Stationsleitungen und die Abteilungsrapporte zum Thema „Angehörige“ fand zudem eine gute Transferleistung des Gelernten und eine sehr gute Vernetzung zwischen Theorie und Praxis statt. Angehörigenarbeit war nicht mehr nur Projektthema, sondern Alltagsgespräch.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es möglich war, alle geplanten Massnahmen, mit Ausnahme der Bibliothek für Angehörige, in dem vorgegebenen Zeitfenster umzusetzen.

Trotzdem sollen hier noch ein paar kritische Anmerkungen angefügt werden:

Zunächst war die Zeit für die Vorbereitung der Umsetzung sehr knapp. Es mussten im Anschluss an die Konzeptphase noch viele organisatorische Fragen geklärt werden und einige entscheidende Hilfsmittel waren auch noch nicht erarbeitet. Da man vor Projektbeginn aber nicht wusste, wie das Konzept am Schluss aussehen würde und welche Bedingungen zur Einführung in die Praxis erfüllt sein müssten, war diese Phase auch weniger gut planbar. Wenn beispielsweise im Konzept festgelegt ist, dass die Angehörigengespräche thematisch gebunden und strukturiert sein sollen, dann benötigt man zur Vereinheitlichung des Gesprächsablaufs so etwas wie eine Checkliste. Gleichzeitig muss vor der Umsetzung die Frage beantwortet sein, wie die Gespräche dokumentiert werden und wo diese Dokumentationen abgelegt werden. Entscheidende Fragestellungen,

die die Verbindlichkeit der neu eingeführten Massnahmen stark beeinflussen. Diese Arbeiten mussten eher nebenbei erledigt werden. Auch wenn man mit dem Ergebnis mehr als zufrieden sein kann, sollte für die Zukunft für solche oder ähnliche Arbeiten ausreichend Zeit reserviert werden.

Die Phase der praktischen Umsetzung machte eine sehr gute Organisation und innerbetriebliche Vernetzung notwendig. Der Arbeitsanfall auf strategischer und operativer Ebene war für die Projektleitung so gross, dass relativ schnell die Entscheidung gefällt wurde, eine Person zu 50% für die operativen Tätigkeiten und die Koordination freizustellen. Da der Betriebsleiter selbst Mitglied der Projektleitung war, konnte diese Massnahme schnell in die Tat umgesetzt werden. Das war eine grosse Entlastung für die Projektleitung und wird in jedem Fall auch für andere Betriebe, selbstverständlich in Abstimmung auf deren Grösse und den Umfang des Projekts, empfohlen.

Der hohe Zeitdruck unter dem die Umsetzung stattfand, wirkte sich vor allen Dingen aber auch auf der Ebene der Abteilungsleitungen der Pflege aus. Nicht zuletzt auch dadurch, dass wie unter 7.2 bereits dargestellt, zum gleichen Zeitpunkt von der Zentrale der Pflegezentren der Stadt Zürich gesteuerte, terminlich gebundene Aufträge zu erledigen waren. Hier muss kritisch angemerkt werden, dass das Projekt zwar innerbetrieblich gut auf andere Projekte abgestimmt war, dass die ausserbetrieblichen Bedingungen im Vorfeld aber wohl zu wenig miteinbezogen worden waren. Der Belastung konnte zwar durch eine Verlängerung des Zeitraums für die Angehörigengespräche entgegen gewirkt werden, aber bei besserer Planung wäre das Umdisponieren nicht nötig gewesen. Das sollte als Hinweis darauf genutzt werden, zukünftig auch diesem Punkt Bedeutung beizumessen.

### **8.3 Prä-/Post-Vergleiche der Angehörigen**

Um Anhaltspunkte über mögliche, durch das Projekt hervorgerufene Veränderungen im Hinblick auf die Situation der Angehörigen, deren Zufriedenheit und Belastung zu erhalten, wurden vor und nach Umsetzung des Konzepts dieselben Fragebögen versandt. Der Rücklauf von knapp 42% in der ersten Befragung kann als zufriedenstellend bezeichnet werden. Die Reduktion der Beteiligung an der zweiten Messung auf 26,5% muss hingegen kritisch hinterfragt werden. Möglicherweise lag es an dem Umfang des Fragebogens (siehe Anhang G), der einen Aufwand bedeutete, den einige Angehörige nicht noch einmal auf sich nehmen wollten. Eine Reduktion des Umfangs muss konsequenterweise für eine Replikation der Studie überlegt werden. Dieses waren auch bereits Überlegungen bei der Instrumentenentwicklung. Da es sich hier aber um ein Pilotprojekt handelte und mit der Befragung möglichst viele Informationen gesammelt werden sollten, wurde diesem Aspekt der Vorrang gegeben.

Ausser der Länge des Fragebogens mag der reduzierte Rücklauf aber auch auf dem Missverständnis beruhen, dass einige Angehörige davon ausgingen, dass es nicht erforderlich sei, den gleichen Fragebogen innerhalb eines Jahres zweimal auszufüllen. So erreichten uns einige leere Bögen mit der Anmerkung: „Habe diesen schon ausgefüllt“. Hier wurde der Begleitbrief entweder nicht ausreichend beachtet oder nicht richtig verstanden. Ein weiterer Grund mag aber auch in einer Form der Übersättigung der Angehörigen liegen. Es muss berücksichtigt werden, dass es für sie im laufenden Projektjahr viele, wenn auch positive Neuerungen gab, über die sie unter anderem auch auf postalischem Weg informiert wurden. Vielleicht hat das nicht auf alle positiv gewirkt. Möglicherweise lässt sich auch die Information über das laufende Projekt noch optimieren. Im Folgenden soll noch einmal auf die wichtigsten Ergebnisse aus dem Vergleich der Aussagen der Angehörigen zu beiden Messzeitpunkten und mögliche Interpretationen eingegangen werden.

### **8.3.1 Die Zufriedenheit mit den einzelnen Bereichen**

In Bezug auf die Zufriedenheit mit den Dienstleistungen im Pflegezentrum Käferberg konnten keine Veränderungen festgestellt werden. Auffallend sind hier die hohen positiven Beurteilungen bereits vor Projektstart. Die Angehörigen waren von Beginn an sehr zufrieden mit den einzelnen Bereichen und sind dieses auch über die Projektphase geblieben. Es lässt sich vermuten, dass bei dieser positiven Ausgangslage eine Steigerung der Zufriedenheit nicht mehr zu erzielen ist. Mit Mittelwerten von über 4 bei einem Maximalwert von 5 scheint eine Grenze erreicht ist, die zumindest durch ein Projekt wie dieses nicht mehr beeinflusst werden kann.

### **8.3.2 Die Zufriedenheit mit der fachlichen und menschlichen Betreuung**

Auch bei diesen beiden Kriterien hat keine Veränderung stattgefunden. Die Einschätzung der Angehörigen blieb durch das Projekt unbeeinflusst. Bemerkenswert ist trotzdem, dass die menschliche und fachliche Betreuung nicht nur ähnlich gut eingestuft wurden, sondern die menschliche Betreuung die fachliche noch überragte. Dieses Ergebnis lässt erstaunen, da Klagen von Angehörigen in der Langzeitpflege oft dahin gehen, dass es eben genau an dieser Menschlichkeit fehle und viele Verrichtungen eher mechanisch und lieblos ausgeführt würden. Angehörigen ist aber genau das Wie der Ausführung pflegerischer Verrichtungen wichtig (Bowers, 1988). In diesem Punkt scheint das Pflegezentrum Käferberg den Ansprüchen der Angehörigen absolut zu genügen.

### **8.3.3 Die Berücksichtigung der Bedürfnisse der Bewohner**

Es ist hinreichend bekannt, dass es Angehörigen besonders wichtig ist, dass die individuellen Bedürfnisse ihrer Nächsten Berücksichtigung finden (Kickbusch, 1981). Nach der Beurteilung der Angehörigen in dieser Studie werden diese zum zweiten Messzeitpunkt vom Pflegedienst, der Verwaltung und der Küche weniger berücksichtigt, als ein Jahr zuvor. Das Projekt hatte zwar zum Ziel, etwas für Angehörige und Mitarbeitende und deren Beziehung zu tun – aber doch immer mit der übergeordneten Zielsetzung, das Wohlbefinden der Bewohner zu erhalten oder wenn möglich sogar zu steigern. Vor diesem Hintergrund bedarf ein solches Ergebnis der Erklärung. Unter der Prämisse, dass sich die Pflege und Betreuung der Bewohner durch das Projekt nicht verändert haben, lässt sich das Ergebnis vielleicht durch eine erhöhte Aufmerksamkeit der Angehörigen erklären. Das Projekt und auch das Anliegen des Betriebes, die Situation für Angehörige zu optimieren wurden sehr deutlich kommuniziert. Dieses kann bei einigen zu mehr Wohlwollen dem Betrieb gegenüber geführt haben, es kann aber auch eine kritische Haltung verschärft haben, so dass Situationen in der Folge strenger beurteilt wurden. Die zeitliche Beanspruchung zumindest des Pflegepersonal wurde bereits mehrfach erwähnt und blieb selbstverständlich auch den Angehörigen im Alltag nicht verborgen. Sie haben selber erleben können, wie sehr man sich mit verschiedenen Angeboten um sie bemühte. Von daher kann der Bewertung auch die Annahme zugrunde liegen, dass so viel Engagement für die Angehörigenarbeit konsequenterweise Einfluss auf die Betreuung der Bewohner hat.

Aber es muss auch die Möglichkeit einer der Realität entsprechenden Einschätzung in Betracht gezogen werden. Vielleicht war es wirklich erforderlich, an der einen oder anderen Stelle Abstriche in der Pflege zu machen, um allen Ansprüchen gerecht werden zu können. Auch wenn dieses absolut nicht beabsichtigt war, kann es aber während der Projektphase doch der Fall gewesen sein. Dieses sollte sich aber nach Abschluss des Projekts, durch das Einstellen von Gewohnheit und Routine, wieder nivellieren. Es gilt hier im weiteren Verlauf sicher ein Augenmerk darauf zu legen und eventuell in einer Nacherhebung die aktuelle Situation neu zu erfassen. Denn ein Qualitätsverlust für die Betreuung der Bewohner soll auf jeden Fall verhindert werden.

### **8.3.4 Die Möglichkeit für persönliche Gespräche**

Im Gegensatz zum vorherigen Abschnitt konnte im Bereich der „Möglichkeit für persönliche Gespräche für die Bewohner“ eine positive Veränderung verzeichnet werden. In allen Dienstbereichen hat eine Steigerung stattgefunden. Auch wenn nur die Veränderung im Pflegedienst und der Verwaltung signifikant sind, ist doch der gesamte Aufwärtstrend sehr positiv. Da gerade aus Sicht der Pflegenden Gespräche mit Bewohnern und deren Sorgen mit zu den Hauptbelastungen in der Langzeitpflege gehören (Prey et al., 2004; Hertl et al., 2004), ist ein solches Ergebnis als sehr positiv einzustufen. Für das Zustandekommen können verschiedene Interpretationen herangezogen werden. Auf der einen Seite mag hier die Fortbildung zum Thema Gesprächsführung, die im Rahmen des Projekts durchgeführt wurde, die persönliche Gesprächsbereitschaft der Mitarbeiten-

den grundsätzlich erhöht haben. Unter Umständen war es sogar leichter für die Pflegenden, das Gelernte zunächst in ihre Praxis mit dem alten pflegebedürftigen Menschen zu transferieren und erst in einem nächsten Schritt mit den Angehörigen als gleichwertige Partner in Gespräche einzusteigen. Andererseits darf auch vermutet werden, dass Kapazitäten durch eine Belastungsreduktion im Umgang mit Angehörigen frei geworden sind, die die Mitarbeitenden indirekt befähigt haben, sich der Herausforderung persönlicher Gespräche mit Bewohnern wieder vermehrt zu stellen.

### **8.3.5 Die Belastung der Angehörigen**

Der Heimeintritt (Baumann et al., 2002; Mc Auley & Travis, 2000; Rohner & Terhorst, 1989) und das Leben im Heim bringen verschiedene neue Herausforderungen, Umstellungen und Aufgaben für Angehörige mit sich (Schwarz & Vogel, 1990; Vinton & Mazza, 1994), die häufig als Belastung beschrieben und erlebt werden. Zielsetzung des Projekts war es, verschiedene Angebote, aus der die Angehörigen für sich das Passende wählen könnten, zur Verfügung stellen. Es sollte nicht zuletzt ihre Situation erleichtern und nach Möglichkeit vorhandene Belastung reduzieren.

Entgegen allen Annahmen zeigte sich in den beiden hier konstruierten und verwendeten Belastungsskalen („Belastung durch den Heimeintritt und das Leben im Heim“ und „subjektive Belastung“), dass die Angehörigen sich in dieser Untersuchung als nahezu nicht belastet einstufen und es logischerweise auch keine Veränderung zwischen den beiden Messzeitpunkten gab. Eine Belastungsreduktion ist bei einem so niedrigen Anfangswert vor der Umsetzungsphase auch nicht mehr zu erwarten. Dazu hätten sich die Probanden in der zweiten Messung als „überhaupt nicht belastet“ einstufen müssen, was wohl kaum jemand von sich behaupten würde.

Erwähnt werden soll aber, dass sich in dieser Stichprobe ein Gruppenunterschied in Bezug auf die Belastungsmessungen feststellen liess. In beiden Befragungen geben die Ehe-/Lebenspartner eine signifikant höhere Belastung als die Töchter und Söhne und andere Personen an. Dies lässt sich vielleicht damit erklären, dass der Heimeintritt einer pflegebedürftigen Person im Leben des Ehe- oder Lebenspartners wohl bedeutsamere Spuren hinterlässt. Mit diesem Ereignis ändert sich das Leben auch für den Partner gravierend. Während erwachsene Kinder die neue Situation eher als Pflicht oder Herausforderung ansehen (siehe weiter unten) stellt diese Veränderung für Partner eher eine Belastung dar.

Trotzdem bleibt die Frage offen, warum die Belastung in dieser Stichprobe so niedrig war. Zum einen mag hier das Konzept der sozialen Erwünschtheit gewirkt haben. Einige möchten vielleicht nicht zu den Belasteten gehören, und es fällt schwer zuzugeben, dass die Situation als Angehöriger nicht so einfach zu bewältigen ist.

Zum anderen ist es aber auch vorstellbar, dass die hier befragten Angehörigen ihre persönliche Situation zwar als komplex, aber nicht als belastet erleben. Je nach Motivation des eigenen Handelns und der Beziehung zum Bewohner spielen da vermutlich auch Vorstellungen von Wiedergutmachung und Austauschprozessen eine Rolle, die die Bereitschaft, gewisse Dinge in Kauf zu



nehmen, erhöhen und damit die Einschätzung von Belastung positiv beeinflussen. Gerade in Eltern-Kind-Beziehungen liegen diese Prozesse häufig vor (vgl. Rossi & Rossi, 1991; Schütze & Wagner, 1991), und es muss hier bedacht werden, dass sich die Stichprobe mehrheitlich aus Töchtern und Söhnen zusammensetzte.

Andererseits kann man aber auch mit Braun & Articus (1984) vermuten, dass dies dort wo die Angehörigen niedrige Belastung angeben, als ein bereits vollzogener Anpassungsprozess an eine nicht veränderbare Situation aufgefasst werden kann. Vielleicht gibt es so etwas wie ein Hineinwachsen in die Pflegerolle mit zunehmender Abhängigkeit des Pflegebedürftigen.

Ausserdem muss auch berücksichtigt werden, dass es sich bei dieser Studie um eine selbstselektionierte Stichprobe handelt. Das könnte zur Folge haben, dass sich hier vielleicht in erster Linie Personen beteiligt haben, die sich weniger belastet fühlen und sich für die Sache engagieren wollen. Vielleicht Personen mit hohen Werten in der Selbstwirksamkeit (Bandura, 1977, 1995), die für das Bewältigungsverhalten von weitreichender Bedeutung sind, die sich anstehenden Veränderungen mit dem nötigen Wissen um eigene Ressourcen als Herausforderung stellen.

Ein abschliessendes Statement, das lautete, ein wichtiges Ziel des Projekts sei nicht erreicht, würde dem komplexen Sachverhalt von „Belastung-Belastungserleben-Belastungsbewältigung“ wohl nicht gerecht. Zeigt sich doch hier eindrücklich, dass ein eindimensionales Belastungs-Entlastungsdenken nicht greift.

Hinweise darauf, dass das Konzept an dem richtigen Punkten ansetzt, um in der Folge belastungsreduzierend wirken zu können, geben die zum Teil sehr hohen negativen Zusammenhänge zwischen Belastung und den wichtigen Aspekten der Angehörigenarbeit. Für beide Messzeitpunkte lässt sich beispielsweise formulieren, dass je besser ein Angehöriger seine Integration im Pflegezentrum Käferberg einschätzt, desto weniger ist er belastet. Dasselbe gilt für die individuelle Begleitung, die Kompetenz des Personals, die Information, die sozialen Anlässe und auch den ärztlichen Kontakt.

Die Ergebnisse geben auf jeden Fall keinen Anlass dazu, das Konzept grundsätzlich in Frage zu stellen. Vielmehr sollte überlegt werden, wie einerseits auch belastete Angehörigen in eine solche Studie integriert werden könnten, und andererseits, ob diese Art der Belastungsmessung nicht durch qualitative Methoden (siehe dazu auch Kapitel 8.7) ersetzt oder zumindest ergänzt werden müsste.

### **8.3.6 Die Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der Angehörigenarbeit**

In der Untersuchung sollte im Weiteren versucht werden, Veränderungen der Einschätzung der Angehörigen in verschiedenen Bereichen der Angehörigenarbeit zu erfassen. Ähnlich wie bei den bereits weiter oben diskutierten Ergebnissen waren auch hier die Werte der ersten Messung aussergewöhnlich hoch. Am schlechtesten abgeschnitten hatte in dieser Beurteilung der „Kontakt zum ärztlichen Dienst“, und dieser konnte als einziger Bereich mit dem Projekt signifikant verbes-

sert werden. Hier scheinen die erarbeiteten und umgesetzten Massnahmen, wie beispielsweise die Telefonsprechstunde oder der Leitfaden zur Erreichbarkeit des Arztes, die Einschätzung der Angehörigen positiv beeinflusst zu haben. Da das tatsächliche Verhalten der Ärzte durch das Projekt weder korrigiert noch neu reglementiert wurde, zeigt sich an dieser Stelle eindrucklich, dass die Verringerung der Schwelle, um mit dem Arzt in Kontakt zu treten, bereits eine positive Wirkung hinterlässt. Analog zum Konzept der sozialen Unterstützung als wirkungsvoller Puffer in Belastungssituationen (vgl. dazu Roehrle, 1994; Pillemer & Sutor, 1996) greift hier vielleicht allein das Wissen um mögliche Unterstützung, um die Einschätzung zu beeinflussen. Das Ergebnis kann als Bestätigung dafür gewertet werden, dass Angehörigenarbeit, wenn sie erfolgreich sein soll, möglichst niederschwellige und ausreichend bekannte Angebote enthalten sollte.

### **8.3.7 Zufriedenheit mit dem Kontakt zum Personal**

Der Kontakt oder präziser die Zufriedenheit mit dem Kontakt zum Personal der verschiedenen Dienstbereiche hat sich über den Projektzeitraum hinweg ebenfalls nicht verändert. Auch wenn hier der Ausgangswert bereits sehr hoch war, ist diese Beurteilung eher überraschend. Durch die Angebote grundsätzlich, aber vor allem durch die Gespräche mit Angehörigen, wäre eine positive Beeinflussung der Einschätzung erwartbar gewesen. Dieses ist nicht eingetroffen. Sieht man sich die genaue Formulierung des Items im Fragebogen an, so wird dort wörtlich gefragt: „Wie zufrieden sind Sie mit dem Kontakt zum Personal z.B. zum Pflegedienst?“ Es wurde leider nicht differenziert zwischen der Qualität des Kontaktes und der Kontakthäufigkeit. Die Interpretation der Frage war den Probanden selbst überlassen. Möglicherweise hat diese semantische Unklarheit entscheidend zu diesem Ergebnis beigetragen und sollte deshalb für eine Replikation der Studie unbedingt korrigiert werden.

Zusammenfassend darf festgehalten werden, dass der Prä-/Post-Vergleich bei der Stichprobe der Angehörigen einige wenige Veränderungen sichtbar machen konnte. Die hohe Zufriedenheit vor der Projektumsetzung ist doch letztlich ein Zeugnis für die gute Arbeit, die im Pflegezentrum Käferberg tagtäglich geleistet wird. Es zeigt, dass hier bereits eine Kultur bestand, in der die Angehörigen ihren festen Platz hatten. Und da scheint die Frage berechtigt, ob eine deutlichere Veränderung bei der hohen Ausgangslage grundsätzlich überhaupt möglich gewesen wäre. Es muss auch bedacht werden, dass die Gruppe der Angehörigen in Bezug auf Alter und Verwandtschaftsgrad sehr heterogen war. So lässt sich auch vermuten, dass auch die Bedürfnisse sehr unterschiedlich sind. Das Konzept, betrachtet man es als Intervention, war eher unspezifisch und konnte vielleicht auch aufgrund dessen nicht mehr Wirkung zeigen. Diejenigen, die wirklich unter ihrer Belastung leiden, sind vielleicht gar nicht in dieser Stichprobe vorhanden und benötigen dann doch eine andere professionell therapeutische Art von Unterstützung, die sicher nicht Aufgabe einer Pflegeinstitution sein kann.

## 8.4 Akzeptanz und Beurteilung des Konzepts durch die Angehörigen

Bei der Beurteilung des Konzepts durch die Angehörigen war beabsichtigt, mehrere Aspekte zu erfassen. Zunächst sollte der *Bekanntheitsgrad* der Angebote herausgefunden werden. Nur wenn die Angehörigen die Angebote kennen, können sie auch davon Gebrauch machen. Deshalb war die Konstruktion möglichst niederschwelliger und transparenter Angebote von Beginn an eine wichtige Zielsetzung. Hier zeigte sich, dass nicht alle Angebote gleich bekannt sind, obwohl über alle in ähnlicher Form informiert wurde. Dennoch ist es die grosse Mehrheit der Befragten, die darüber Bescheid weiss. Es empfiehlt sich, an dieser Stelle trotzdem noch einmal zu überlegen, wie in Zukunft über die Angebote so informiert werden kann, dass sie den Angehörigen umfassend bekannt sind. Die geregelte Abgabe der Broschüre (siehe Anhang F) ist sicher eine wichtige Massnahme, da dort alle Angebote im Überblick aufgeführt sind.

Als nächster Aspekt war die *Nutzung* der einzelnen Angebote von Interesse. Ähnlich wie bei der Frage vorher sind hier ebenfalls deutliche Unterschiede zu erkennen. So schwankt die Nutzung von über 80% als höchste und knapp unter 10% als niedrigste Nutzungsquote. Betrachtet man die am wenigsten genutzten Angebote, dann stellt sich heraus, dass es mehrheitlich die sind, die auch am wenigsten bekannt sind. Von daher wird die Empfehlung, die Art und Weise der Information zu prüfen, durch dieses Ergebnis noch einmal unterstützt.

Das Wissen und die Nutzung der Angebote geben noch keine Auskunft über deren Qualität, deshalb sollten die Angehörigen als nächstes benennen, wie *sinnvoll* sie die einzelnen Angebote finden. Alle Angebote werden von über 60% der Befragten als sinnvoll bis sehr sinnvoll eingestuft. Auffällig ist auch hier, dass der Integrationstag wie bei den beiden vorhergehenden Fragen das Schlusslicht bildet. Es stellt sich die Frage, ob er, weil er weniger bekannt ist, auch weniger genutzt wird, und dann schliesslich auch als weniger sinnvoll beurteilt wird. Oder wird er weniger genutzt, weil die Angehörigen ihn als weniger sinnvoll einstufen als andere Angebote?

Um Antworten auf solche Fragen näher zu kommen, sollten abschliessend dann nur noch diejenigen, die auch von den jeweiligen Angeboten Gebrauch gemacht hatten, beurteilen, ob diese für sie hilfreich gewesen seien. Mehr als 75% bewerteten diese Nutzung der Angebote als teilweise hilfreich bis sehr hilfreich. In Bezug auf den Integrationstag waren mehr als 60% der Meinung, dass er hilfreich für sie gewesen sei. Dieses Ergebnis bestätigt indirekt noch einmal, dass die persönliche Beurteilung in letzter Konsequenz dann doch das Entscheidende ist und auf keinen Fall vorschnell über die Abschaffung bestimmter Angebote entschieden werden sollte.

Zusammenfassend kann darum festgehalten werden, dass das Konzept von den Angehörigen sehr positiv beurteilt und ihren Bedürfnissen entsprechend genutzt wurde und dabei eine unterstützende Wirkung erzielt werden konnte.

## 8.5 Prä-/Post-Vergleiche der Mitarbeitenden

Analog zu der Befragung der Angehörigen sollten auch bei den Mitarbeitenden Anhaltspunkte für eine mögliche Veränderungswirkung des Projekts erfasst werden. Erfreulicherweise liessen sich hier durch den Vergleich der Daten aus den beiden Umfragen positive und beabsichtigte Veränderungen in verschiedenen Bereichen nachweisen, die in den nachstehenden Abschnitten noch einmal zusammengefasst und kommentiert werden.

### 8.5.1 Die Wichtigkeit der Angehörigenarbeit

Zu Beginn des Fragebogens ging es darum, die Wichtigkeit der Angehörigenarbeit sowohl grundsätzlich als auch retrospektiv und prospektiv zu ermitteln. Bei den Mitarbeitenden des Pflegezentrums Käferberg hat die Angehörigenarbeit durch das Projekt an Wichtigkeit gewonnen. Bereits zum ersten Messzeitpunkt lagen die Werte zur grundsätzlichen Wichtigkeit recht hoch. Dies bestärkt noch einmal die Erkenntnis, die auch aus der Befragung der Angehörigen hervorgeht: Angehörigenarbeit gehörte schon vor Projektbeginn zur Kultur der Institution. Dennoch ist es gelungen, den Stellenwert noch zu steigern. Die Beurteilung der Wichtigkeit des letzten Jahres zeigt in allen Bereichen eine Steigerung, wobei sich nur die der Leitung und der Mitarbeitenden als signifikant erwies.

Anders stellt sich die Situation für die Zukunft dar. Während zum ersten Messzeitpunkt noch die Meinung bestand, dass Angehörigenarbeit in Zukunft im Vergleich zum vergangenen Jahr für alle Beteiligten an Bedeutung gewinnen sollte, ist dies in der zweiten Befragung aus Sicht der Befragten nur noch für die Mitarbeitenden, den ärztlichen Dienst und die Angehörigen selber nötig. Dieses Ergebnis lässt sich vielleicht so deuten, dass Angehörigenarbeit zwar auch in Zukunft wichtig sein soll, denn die Mittelwerte liegen knapp unter 4.5, aber sie soll zukünftig nicht noch an Bedeutung gewinnen. Es legt die Annahme nahe, dass aus Sicht der Mitarbeitenden viel in das Projekt investiert wurde, das auch als positiv bewertet wird, aber nun ein Niveau erreicht ist, das man nicht noch mehr ausbauen möchte. Dahinter mögen vielleicht auch Gefühle von Vernachlässigung der Bewohner verborgen sein. Es scheint durchaus vorstellbar, dass sich bei den Mitarbeitenden durch das Gewicht, das die Arbeit mit Angehörigen bekam, ein schlechtes Gewissen gegenüber den Bewohnern einstellte, auch wenn es faktisch nicht wirklich zu einer Vernachlässigung kam. So könnte das Ergebnis Ausdruck des Wunsches sein, in Zukunft das Niveau zu erhalten und sich gleichzeitig wieder mehr auf die Bewohner konzentrieren zu können. Zukunftsweisend erscheint es hier einen Wandel im Berufsbild voranzutreiben und die Mitarbeitenden zu motivieren und ihnen zu verdeutlichen, dass Arbeit am System des Bewohners immer auch Arbeit am und für den Bewohner ist.

### **8.5.2 Die Wichtigkeit der Angehörigen für den Bewohner**

Die Mitarbeitenden schreiben den Angehörigen eine hohe Bedeutung für den Bewohner im Hinblick auf sein seelisches Wohlbefinden zu, in Bezug auf seine Kontakte nach aussen und auch für sein körperliches Wohl. Diese Einschätzung der Wichtigkeit der Angehörigen für die Bewohner ist über den Messzeitraum unverändert hoch geblieben. Das Ergebnis unterstreicht die schon vor Projektstart bestehende positive Grundhaltung Angehörigen gegenüber. Aus Sicht der Mitarbeitenden haben die Angehörigen einen hohen Stellenwert und einen Platz zum Wohle des Bewohners verdient. Aus einer eher pflegerischen Perspektive scheint die Reihenfolge der Bedeutungszuschreibung bemerkenswert. Auch wenn in den Mittelwerten nur geringe Unterschiede festzustellen sind, so meinen die Mitarbeitenden doch, dass die Angehörigen in erster Linie für das seelische Wohlbefinden der Bewohner wichtig sind. Das verleitet zu der Annahme, dass sie sich vielleicht selbst mehrheitlich für das körperliche Wohl zuständig fühlen. Eine solche Interpretation entspricht der eigenen Rolleneinschätzung der Pflegenden, die sich in erster Linie als Pflegende und dann als Psychologen und Seelsorger empfinden (Muthny et al., 1993). Das darf vielleicht als Hinweis darauf gedeutet werden, dass die früher vorherrschende medizinische Orientierung in der Pflege auch nach einer grossen Entwicklung des Berufes noch immer ihre Spuren hinterlässt.

### **8.5.3 Die Einstellung gegenüber Angehörigen**

Die Einstellungen der Mitarbeitenden gegenüber den Angehörigen wurden durch zwei Skalen zu messen versucht. Dabei lag die positive Einstellung zu beiden Messzeitpunkten ganz deutlich über der kritischen Einstellung. Beide Einstellungen blieben durch das Projekt unbeeinflusst. Da die Werte der positiven Einstellung schon in der ersten Messung einiges über 4 lagen, erstaunt es nicht weiter, dass es hier keine Verbesserung mehr gab. Bei der von uns benannten kritischen Einstellung wäre allerdings eine Veränderung im Sinne eines Sinkens des Wertes vorstellbar gewesen. Nach dieser Messung hat sich also durch das Projekt an den Einstellungen der Mitarbeitenden nichts verändert. Wie weiter unten ausgeführt, stellt sich die Situation in der Selbsteinschätzung anders dar (siehe dazu 8.6.2).

Ein interessanter Zusammenhang zwischen den Einstellungsskalen und der Selbsteinschätzung der Kompetenz im Umgang mit Angehörigen konnte nachgewiesen werden. Die positive Einstellung steht in engem Zusammenhang mit dem Wissen und der Gesprächs- und Kooperationskompetenz. Mitarbeitende mit hohen Werten auf den beiden Skalen haben auch hohe Werte auf der Skala der positiven Einstellung. Die kritische Einstellung hingegen korreliert mit der Unsicherheit der Mitarbeitenden. Je unsicherer ein Mitarbeitender sich im Umgang mit Angehörigen einschätzte, umso höher lagen auch seine Werte auf der Skala der kritischen Einstellung. Auch wenn aufgrund der Korrelation kein Schluss auf Kausalitäten gezogen werden kann, lässt sich doch festhalten, dass unsicherere Mitarbeitende eher eine distanzierte, ablehnende Haltung Angehörigen gegenüber einnehmen und umgekehrt. Es würde an dieser Stelle zu weit führen, auf die genauen Ursachen für einen solchen Zusammenhang einzugehen. Dass hier aber möglicherweise auf den

Abwehrmechanismus (Freud, 1936) der Projektion zurückgegriffen wird, um die eigene Unsicherheit zu bewältigen, soll doch zumindest angedacht werden.

#### **8.5.4 Die Arbeitszufriedenheit**

Das Pflegezentrum Käferberg ist für eine relativ hohe Arbeitszufriedenheit seiner Mitarbeitenden bekannt. Sowohl bei betriebsinternen Befragungen als auch bei der Teilnahme an Studien (siehe dazu auch Oppikofer, Lienhard & Nussbaumer, 2004) liegen die Werte in diesem Bereich recht hoch. Das mag nicht zuletzt auch daran liegen, dass das Pflegezentrum Käferberg sich als Institution als sehr offen, innovativ und experimentierfreudig auszeichnet. Die vorliegende Erhebung war in dem Sinne eine Bestätigung der bereits bekannten Ergebnisse. Die Arbeitszufriedenheit war bereits in der ersten Messung sehr hoch und veränderte sich auch in der zweiten Erhebung nicht. Da es eine Projektzielsetzung (siehe auch Kapitel 3.3) war, die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden zu gewährleisten, ist die Konstanz der Zufriedenheit positiv zu werten. Der grosse, erst im Nachhinein sichtbare Aufwand mit dem das Konzept in die Praxis umgesetzt wurde, hätte es durchaus verständlich gemacht, wenn sich die Zufriedenheit der Mitarbeitenden in dem Projektjahr verschlechtert hätte. Dass dies nicht der Fall war, kann einerseits der oben erwähnten innovativen Kultur des Betriebs angerechnet werden. Andererseits könnte es auch ein Hinweis darauf sein, dass die Begleitung und Unterstützung in dem Projekt ausreichend war, um negative Auswirkungen der entstandenen Beanspruchung abzuf puffern, und dass es den Mitarbeitenden gelungen ist, die Herausforderung eines solchen Projekts anzunehmen.

#### **8.5.5 Die Selbsteinschätzung der Kompetenz im Umgang mit Angehörigen**

Die Selbsteinschätzung der Kompetenz der Mitarbeitenden im Umgang mit Angehörigen wurde auf drei verschiedenen Skalen erhoben. Sowohl das Wissen über Angehörige als auch die Gesprächs- und Kooperationskompetenz mit Angehörigen konnten gesteigert werden. Die Mitarbeitenden schätzten ihre Kompetenz in diesen beiden Bereichen nach der Umsetzungsphase signifikant höher ein. Hier mögen die Fortbildungen zu der Thematik, aber auch die Begleitung der Mitarbeitenden und der strukturierte Umgang mit Angehörigen einen Beitrag geleistet haben. Unter 8.3 wurde bereits erwähnt, dass es aus Sicht der Projektleitung mit den Fortbildungen und flankierenden Massnahmen gelungen war, die Theorie mit der Praxis zu vernetzen. Dieses scheint das vorliegende Ergebnis noch einmal zu untermauern. Im Bereich des Wissens zum Thema Angehörige konnte ein in der ersten Messung festgestellter Unterschied zwischen der jungen Altersgruppe und den beiden anderen nivelliert werden, so dass der Wissensstand in der zweiten Messung keine Gruppenunterschiede mehr aufweist.

Der dritte Aspekt der Selbsteinschätzung war die Unsicherheit im Umgang mit Angehörigen. Diese lag schon in der ersten Befragung deutlich unter den beiden anderen Skalen. Unsicherheit im Umgang mit Angehörigen ist zwar nicht beunruhigend ausgeprägt vorhanden. Eindrucksvoll ist

aber trotzdem, dass sich diese gefundene Unsicherheit im Laufe des Projekts nicht positiv beeinflussen liess. Bemerkenswert ist an dieser Stelle auch, dass sich im ersten Messzeitpunkt die Mitarbeitenden des Pflegedienstes als unsicherer einstufen als der Rest der Stichprobe. Zunächst kann das an der Häufigkeit der Kontakte mit Angehörigen liegen. Weiter spielt aber wohl auch die Relevanz der Kontakte eine Rolle. Es sind mehrheitlich die Pflegenden, die als erste Ansprechpartner mit den Anliegen der Angehörigen konfrontiert werden. So ist es vorstellbar, dass sie sich diesen manchmal nicht gewachsen fühlen, was eine gewisse Unsicherheit im Umgang mit Angehörigen hinterlässt. Da dieser Unterschied in der zweiten Messung nicht mehr vorhanden ist, kann davon ausgegangen werden, dass die Mitarbeitenden des Pflegedienstes ein wenig an Sicherheit gewonnen haben.

Gesamthaft konnte das Konzept in diesem Aspekt keine Veränderung bewirken. Sich selbst als sicherer zu erleben setzt wohl auch die Erfahrung diverser Situationen voraus, in denen man mehr oder weniger erfolgreich handelt. Es besteht hier die Vermutung, dass der Zeitraum für mehrere positive Erfahrungen und eine anschliessende Veränderungsmessung zu kurz war.

#### **8.5.6 Die Belastung durch Angehörige**

Abgeleitet aus dem Modell von Lazarus (1984) wurde bei den Mitarbeitenden nicht nur die Häufigkeit von möglichen Belastungsfaktoren im Umgang mit Angehörigen erhoben. Gleichzeitig sollten die Mitarbeitenden auch angeben, wie sehr sie bestimmte Situationen als belastend empfinden.

Die *Häufigkeit* von Reklamationen, von Kritik, von Konflikten mit Angehörigen, von nicht hilfreichen Angehörigenkontakten und Störungen der Routine haben nach Einschätzung der Mitarbeitenden signifikant abgenommen. Zum einen kann angenommen werden, dass sich das Verhalten der Angehörigen tatsächlich verändert hat und sie weniger reklamieren und kritisieren. Wenn es dazu wirklich weniger Anlass gäbe, wäre das eine sehr positive Veränderung, die durchaus auf mehr Zufriedenheit schliessen lässt, die sich in der Befragung der Angehörigen leider nicht abbilden liess. Dieses mag auch methodische Ursachen haben (siehe auch Kapitel 8.7).

Es ist ebenso möglich, dass hier Wahrnehmungsunterschiede zwischen beiden Personengruppen bestehen. Ähnliches fand ein begleitetes Projekt zur Angehörigenarbeit in Deutschland, in dem Aussagen zur Einschätzungen verschiedener Sachverhalte von Angehörigen und Mitarbeitenden gegenübergestellt wurden und festgestellt wurde, dass die Einschätzungen sehr häufig nicht übereinstimmten (Haus Neuland, 2005).

Zum anderen besteht aber auch die Möglichkeit, dass sich die Wahrnehmung und Toleranz der Mitarbeitenden verändert haben. Durch das erweiterte Wissen über Angehörige und ihre Situation ist möglicherweise mehr Verständnis und Wohlwollen entstanden, sodass die Häufigkeit von bestimmten belastenden Situationen niedriger eingeschätzt werden.

Ebenso könnte dazu beigetragen haben, dass auch das Gefühl, die Erwartungen der Angehörigen nicht erfüllen zu können, gesunken ist. Es ist bekannt, dass Gefühle von Selbstwirksamkeit den

Umgang mit schwierigen Situationen positiv verändern (Bandura, 1977, 1995). Einem Angehörigen mit einem positiven Gefühl gegenüberzutreten zu können, könnte ebenfalls die Bewertung der Kritik und die daraus resultierende Belastung beeinflusst und zu diesem Ergebnis geführt haben.

Die *Belastungsintensität*, also die Stärke der Einschätzung der Mitarbeitenden, wie sehr sie die vorgegebenen Situationen belasten, hat ebenfalls in einigen Bereichen abgenommen. Ein gesunkenes Belastungserleben finden wir bei den Reklamationen von Angehörigen, bei der Zusammenarbeit mit Angehörigen, beim nicht hilfreichen Angehörigenkontakt, bei Schwierigkeiten mit Angehörigen, bei Angehörigen, die sich nicht um den Bewohner kümmern, und bei den Störungen der Routine. Grundsätzlich gilt nicht, dass Ereignisse, die weniger häufig auftreten, automatisch auch weniger belastend sein müssen. Daher kann man festhalten, dass sich das Konzept zur Angehörigenarbeit auf die Mitarbeitenden belastungsreduzierend ausgewirkt hat.

Besonders bemerkenswert sind in diesem Zusammenhang die Aspekte Schwierigkeiten mit Angehörigen, Behinderung der Arbeit, Zusammenarbeit mit Angehörigen und Angehörige, die sich nicht genug um den Bewohner kümmern. Das Belastungserleben der Mitarbeitenden ist trotz gleich bleibender Häufigkeit der Ereignisse verringert. Nach Lazarus (1981) lässt sich vermuten, dass die Einschätzung durch die Mitarbeitenden hier eine andere ist. Entweder nehmen die Mitarbeitenden solche Situationen weniger als Bedrohung, sondern mehr als Herausforderung wahr, oder sie haben ihr Ressourcenpotential verändern können. Es ist möglich, dass das vermehrte Wissen sowie Gefühle von Kompetenz und Kontrolle (Rotter, 1966) und Selbstwirksamkeit (Bandura 1977; 1995) hilfreich gewesen sind, um eine Belastung als Herausforderung umzudeuten oder sich ihr wegen ausreichender persönlicher Ressourcen gewachsen zu fühlen.

Ebenfalls bemerkenswert ist die gleichbleibende Belastungsintensität trotz reduzierter Häufigkeit, so wie es bei der Kritik von Angehörigen und Konflikten mit ihnen der Fall ist. Beides beeindruckende Beispiel dafür, dass verringerte Häufigkeit belastender Situationen nicht automatisch weniger Belastungserleben nach sich zieht. Es scheint, als könnten sich die Mitarbeitenden hier nicht besser schützen. Auf der einen Seite wollen sie eine gute Zusammenarbeit mit Angehörigen und setzen sich auch dafür ein. Der Kontakt zu ihnen ist ihnen wichtig – da scheint jede Kritik zu viel zu sein und wird dann konsequenterweise als belastend erlebt. Nicht selten erwartet man dann, wenn man etwas für einen anderen tut, im Sinne eines Reziprozitätsgedanken so etwas wie Dankbarkeit. Es ist vorstellbar, dass dies auch Erwartungen der Pflegenden den Angehörigen gegenüber sind, die in der Begegnung mitschwingen und die Toleranz für Kritik herabsetzen. Kritik wird nicht mehr sachlich, sondern persönlich genommen, was dann in Belastung resultiert. Hier auf sollte in Fortbildung und Begleitung in Zukunft besonderes Gewicht gelegt werden. Die Entwicklung der eigenen Persönlichkeit ist in diesem Arbeitsfeld von besonderer Wichtigkeit (siehe dazu auch Held & Ermini-Fünfschilling, 2004).



## **8.6 Die Akzeptanz und Beurteilung des Konzepts durch die Mitarbeitenden**

Auch die Mitarbeitenden waren in der zweiten Befragung aufgerufen, das Konzept in Bezug auf das Angebot für Angehörige, in Bezug auf die zur Verfügung stehende Unterstützung für sie selbst und schliesslich auch in Bezug auf eine mögliche Wirkung des Projekts zu beurteilen. Die Ergebnisse werden hier noch einmal zusammengefasst dargestellt.

### **8.6.1 Die Beurteilung des Angebotes für Angehörige**

Grundsätzlich kann gesagt werden, dass die Mitarbeitenden recht gut über die Angebote Bescheid wussten. Aber es gab auch hier einige Angebote, die weniger Mitarbeitenden bekannt waren. Es stellt sich an diesem Punkt ebenfalls die Frage, wie bei gleicher Information der Projektleitung ein solches Ergebnis zustandekommt. Sieht man sich dazu die weniger bekannten Angebote an, wird deutlich, dass es sich dabei um Massnahmen handelt, die weniger häufig stattfanden, beispielsweise der Begrüssungsanlass für Neueintretende, der nur dreimal im Jahr durchgeführt wird. Es ist von daher möglich, dass er eher wieder in Vergessenheit gerät.

Ein weiterer Grund für den geringeren Bekanntheitsgrad könnte aber auch darin liegen, dass es Angebote sind, die nicht unmittelbar mit den Aufgaben des Pflegedienstes zu tun haben. Da diese Stichprobe aber zum grössten Teil aus Mitarbeitenden des Pflegedienstes bestand, ist es weniger erstaunlich, dass diese über Angebote, die nicht in ihrem unmittelbaren Arbeitsumfeld stattfinden oder an denen sie schliesslich auch nicht direkt beteiligt sind, weniger genau Bescheid wissen. Ein umfassendes Wissen der Mitarbeitenden über alle zur Verfügung stehenden Angebote ist aber für eine gut funktionierende Angehörigenarbeit sehr wichtig, denn es gibt immer wieder Situationen, in denen die Angehörigen aufgrund ihrer spezifischen Situation auf ein bestimmtes Angebot hingewiesen werden sollten. Aus dem Grund sollte dieses Wissen bei den Mitarbeitenden regelmässig aufgefrischt werden und auch in den Einführungsveranstaltungen für neue Mitarbeitende ein besonderes Gewicht bekommen.

Mehr als 70% der Mitarbeitenden beurteilen die Angebote als sinnvoll bis sehr sinnvoll und stehen diesen ebenso positiv gegenüber wie die Angehörigen selbst. Interessanterweise rangiert auch hier die Heimbeseichtigung, die das Kennenlernen der Institution vor dem Heimeintritt ermöglicht, an erster Stelle. Damit bestätigt auch diese Studie, dass Angebote rund um die Krise des Heimeintritts, wie von Zarit und Whitlatch (1993) empfohlen, von grosser Bedeutung sind. Die Integration in den Pflegealltag bildet in dieser Bewertung das Schlusslicht. Das mag daran liegen, dass es eines der Angebote ist, das von den Angehörigen weniger genutzt wurde, woraus möglicherweise gefolgert wird, dass es dann wohl auch weniger sinnvoll ist. Vor zu voreiligen Schlüssen in Hinblick auf eine Abschaffung gewisser Angebote soll hier noch einmal gewarnt werden. Eine geringe Nutzung sagt nichts darüber, ob das Angebot für diejenigen, die davon Gebrauch machen, nicht doch hilfreich ist.

### **8.6.2 Die Beurteilung der Unterstützung in der Angehörigenarbeit**

Die Mitarbeitenden sind sehr gut darüber informiert, an wen sie sich bei Problemsituationen mit Angehörigen wenden können, um Unterstützung zu erhalten. Das Wissen um Ressourcen, auf die man in schwierigen Momenten zurückgreifen kann, wie hier das Team oder die Vorgesetzten, erleichtert die Bewältigung solcher Belastungen. Weiter zeigt sich auch, dass die Vermittlung von Fachwissen als Unterstützung durchaus geschätzt wird und Veränderung bewirkt hat. Die Mitarbeitenden geben selbst an, dass sich ihr Verhalten durch die Fortbildung verändert hat. Durch die quantitative Befragung wurde hier nicht differenzierter nachgefragt, was sich genau verändert hat. Es macht Sinn, in einer Folgestudie vielleicht mit qualitativen Methoden ein genaueres Bild darüber zu bekommen, welche Prozesse in Gang gesetzt wurden. Als sehr positiv unterstützend werteten die Mitarbeitenden auch den neu eingeführten Rapport zum Thema Angehörige. Aus Sicht der Projektleitung ist dieses eine Bestätigung des gewählten Vorgehens. Fortbildung ist ein wichtiger Teil, wie bereits vorher gezeigt werden konnte, aber das Gelernte in Begleitung an konkreten Alltagsbeispielen anwenden zu können, ist ebenso entscheidend und hat einen besonderen Unterstützungscharakter.

### **8.6.3 Die Beurteilung der Wirkung des Projekts**

Die wichtigste Aussage in diesem Abschnitt scheint wohl, dass mehr als 80% der Befragten der Meinung sind, dass das Projekt dem Bewohner zugutekommt. Das entkräftet die vielen kritischen Stimmen, die zu bedenken gaben, dass das Projekt viel Zeit benötigt, die dann der Betreuung der Bewohner nicht mehr zur Verfügung steht. Aus Sicht der Mitarbeitenden hat sich die von der Projektleitung formulierte Grundannahme bestätigt, dass in der Triade zwischen Angehörigen, Bewohnern und Mitarbeitenden eine Verbesserung der Beziehung von zwei Beziehungspartnern auch eine Wirkung auf den Dritten hat. Ausserdem geben die Mitarbeitenden an, dass sie den Bewohner durch das Projekt ganzheitlicher wahrnehmen, was wiederum eine positive Wirkung auf dessen Wohlbefinden haben sollte.

Weitere positive Aussagen waren, dass sich sowohl der Umgang mit den Angehörigen als auch das Verhalten der Angehörigen positiv verändert hat. Sie kommen offener auf die Mitarbeitenden zu, geben mehr positive Rückmeldungen und der Kontakt ist intensiver geworden.

In der Einstellungsmessung (siehe Kapitel 8.5.3) weiter oben hatte der Prä-/Post-Vergleich keine Veränderung gemessen. In der Selbsteinschätzung der Mitarbeitenden geben aber 60% an, dass sich ihre Einstellung gegenüber Angehörigen positiv verändert habe und sie ausserdem vermehrt im Team über ihre Haltung Angehörigen gegenüber reden. Nach Aussagen der Mitarbeitenden hat das Projekt entscheidende Veränderungen bewirkt. Auch wenn eine verzerrende Antworttendenz (siehe auch Kap. 8.7) zugunsten positiver Antworten bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden muss, ist das eindeutige Ergebnis ein Anhaltspunkt für eine Veränderung, der in weiteren Untersuchungen nachgegangen werden sollte.

## 8.7 Methodisches Vorgehen

Nach der inhaltlichen Interpretation der Untersuchungsergebnisse sollen im Folgenden einige methodische Einschränkungen der vorgelegten Untersuchung benannt und kritisch diskutiert werden.

Ziel empirischer Studien ist in der Regel die *Generalisierbarkeit* der Ergebnisse auf eine (zumeist hypothetische) Grundgesamtheit oder Population. Voraussetzung dafür ist neben anderen Faktoren eine randomisierte Gewinnung der Stichprobe. Eine solche randomisierte Gewinnung der Stichprobe war in der vorliegenden Studie nicht gewährleistet. Die untersuchten Stichproben (Mitarbeitende und Angehörige) können weder als repräsentativ für die Gesamtbevölkerung noch für die Grundgesamtheit der Mitarbeitenden und Angehörigen angesehen werden. Es handelt sich ausschliesslich um Angehörige und Mitarbeitende *einer* bestimmten Institution.

Innerhalb der Institution ist aufgrund einer *Selbstselektion* im Hinblick auf die (freiwillige) Teilnahme an der Untersuchung ebenfalls von Selektivität auszugehen. Dies muss bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden. Personen, die sich an der Untersuchung beteiligt haben, sind vermutlich eher engagiert und bringen der Institution eine positive Grundeinstellung entgegen. Doch spekulieren liesse sich auch über das Zutreffen des gegenteiligen Sachverhalts, dass teilnehmende Personen der Institution gegenüber besonders kritisch eingestellt sind.

Mit dem Einsatz der *Fragebogenmethode* müssen ebenfalls gewisse Grenzen in Kauf genommen werden (vgl. Amelang & Zielinski, 2002, S. 243ff.). Bei Vorteilen wie der pragmatischen Knappheit und der Einschätzung bestimmter Kriterien nach Relevanzvorgaben des Untersuchers bleibt umgekehrt die Relevanzeinschätzung der Probanden unbeachtet. Ebenso ist es nicht möglich, die Semantik der Befragten gerade in Bezug auf das Konzept der Belastung zu erfassen. Was diese selbst eigentlich darunter verstehen, kann mit dieser Untersuchung nicht beantwortet werden.

Weiter muss gerade bei einem Erhebungsinstrument wie dem hier vorliegenden, die Frage nach der *Validität* gestellt werden. Beide Fragebögen wurden eigens für diese Studie konstruiert, da keine geeigneten Instrumente für das spezifische Feld und die untersuchten Fragestellungen vorlagen. Auch bei guten bis sehr guten Reliabilitäten der einzelnen Skalen darf nicht auf eine ebenfalls gute kriteriumsorientierte Validität geschlossen werden. Im Gegenteil, hohe bis sehr hohe interne Konsistenzen können, dem Attenuation Paradoxon zufolge, validitätsreduzierend wirken (vgl. Fischer, 1974, S. 42ff.). Eine gute Operationalisierung des Begriffs Belastung ist eine Voraussetzung für eine hohe Konstrukt-Validität. Aus den theoretischen Ausführungen sollte aber ersichtlich geworden sein, dass nicht einfach eine allgemeine Definition und ein einheitliches Verständnis eines hypothetischen Konstrukts „Belastung“ vorausgesetzt werden kann.

In der Untersuchung konnten bei einigen Variablen keine Veränderungen nachgewiesen werden, obschon diese zu erwarten gewesen wären. Allerdings muss dies auch vor dem Hintergrund dessen gesehen werden, dass bei häufig sehr positiver Einschätzung zum ersten Messzeitpunkt kaum

eine messbare Veränderung hätte erzielt werden können. Denn ein solcher *Deckeneffekt* einer Messung anhand eines bestimmten Instruments verhindert, dass Personen positive Veränderungen im messbaren Bereich zeigen können, was jedoch nicht ausschliesst, dass es dennoch zu positiven Veränderungen kam. Das Vorhandensein eines solchen Deckeneffekts deutet darauf hin, dass die Spannweite der meisten Skalen mit (nur) fünf Stufen nicht gross genug war, dass sich im positiven Bereich Veränderungen hätten manifestieren können. Eine Erweiterung der Skalen durch eine Vergrösserung der Abstufung würde zudem auch zu einer feineren Differenzierung führen.

Ein verzerrtes Antwortverhalten aufgrund *sozialer Erwünschtheit* bzw. Akquieszenz muss ebenfalls Berücksichtigung erfahren (vgl. Jackson & Messick, 1967). Gerade bei den Angehörigen könnte die insgesamt niedrige durchschnittliche Selbsteinschätzung der Belastung aus diesem Grund zustandegekommen sein. Umgekehrt könnte der Wunsch, als kompetent und sicher dazustehen, von hoher Wichtigkeit gewesen sein.

Schliesslich muss auch gefragt werden, ob der Zeitraum von einem Jahr ausreichend war, um Veränderungen feststellen zu können. Es ist durchaus möglich, dass der *zweite Messzeitpunkt* zu früh gewählt war und von daher eine Beeinflussung der verschiedenen Kriterien noch nicht erfasst werden konnte.

Aus evaluationstheoretischer Perspektive wäre es von Vorteil gewesen, die verschiedenen Rollen wie Projektleitung und Evaluation nicht in einer Person zu vereinen (vgl. Bortz & Döring, 2001, S. 107ff.). Die Leitung des Projekts, die Planung und Durchführung der Fortbildungen und Fachzirkel sowie die empirische Überprüfung des Projekts führten nicht nur zu einer grossen zeitlichen Beanspruchung, sondern können die Daten auch beeinflusst haben. Im Wissen um dieses methodische Problem wurde dennoch so entschieden. Es handelte sich hier um ein Pilotprojekt relativer Grösse und alles sprach dafür, die Fäden möglichst an einem Ort zu bündeln, um in der aktuellen Situation bei Problemen schnell handlungsfähig zu sein. Sicher müsste und sollte man für eine Replikation eine Aufteilung der verschiedenen Rollen auf unterschiedliche Personen vorsehen.

Trotz dieser grundsätzlichen Einschränkungen gilt es allerdings zu berücksichtigen, dass diese ein Grundproblem jeder Evaluationsforschung darstellen (Bortz & Döring, 2001, S. 103ff.). Anders gesagt: Obschon die Evaluationsforschung wissenschaftlichen Kriterien genügen sollte, wurde wiederholt auch die Auffassung vertreten, Evaluation eher als „Kunst des Möglichen“ zu sehen (Cronbach, 1982, S. 321ff.), die sich pragmatischen Kriterien unterzuordnen habe, wenn sie ihr primäres Ziel erreichen soll: dem Auftraggeber verständliche und nützliche Entscheidungsgrundlagen zu beschaffen.

## **8.8 Ein Rückblick auf das Projekt**

### **„Angehörige als zentrale Partner in der institutionellen Altersarbeit“**

Abschliessend kann das Projekt aus Sicht der Projektleitung aufgrund der Ergebnisse der empirischen Überprüfung und der gemachten Erfahrungen als erfolgreich bezeichnet werden. Es bedeutet sowohl für die Angehörigen als auch für die Mitarbeitenden ein Gewinn und kommt letzten Endes den Bewohnern des Pflegezentrums Käferberg zugute. Dabei sollen aber die kritischen Punkte wie die Frage der zur Verfügung stehenden Zeit für ein so grosses Projekt und auch die methodischen Einwände nicht ausgeblendet werden. Bei einer nochmaligen Durchführung gibt es gerade in den Aspekten im Vorfeld noch Optimierungsmöglichkeiten, die unbedingt genutzt werden sollten.

Das Projekt wurde nach Abschluss der Datenauswertung und Bekanntgabe der Ergebnisse zuerst noch einmal mit den Mitgliedern der Projektgruppe und dann auch mit den Abteilungsleitungen des Pflegedienstes diskutiert. Es soll hier nicht vorenthalten werden, dass die empirischen Ergebnisse der Befragung der Angehörigen aus Sicht der Diskutanten nur bedingt ihre Erfahrungen im Alltag widerspiegeln. Trotz der verschiedenen Disziplinen, die in der Runde vertreten waren, wird ein Teil der Angehörigen einstimmig als belasteter erlebt, als diese das in der Befragung angegeben haben. Ausserdem besteht die Meinung, dass es auch eine spürbare Zufriedenheitssteigerung gegeben habe. Es sei mit der Mehrheit der Angehörigen ein echtes Miteinander entstanden, was von beiden Beziehungspartnern als Bereicherung erlebt wird. Diese Hinweise untermauern die Überlegungen zum methodischen Vorgehen zur Überprüfung von Veränderungen noch einmal. Es müssen noch andere Methoden hinzugezogen werden, um im Detail Veränderungen und Prozesse, die dazu geführt haben, zu erfassen.

Aus Sicht der Betriebsleitung hat das Projekt Schwachstellen des Betriebes aufgedeckt, die nun in Anschlussprojekten angegangen werden. Im Bereich des ärztlichen Dienstes und der Ökonomie sind bereits weitere Massnahmen zur Qualitätssteigerung in Bearbeitung. So konnten hier Massstäbe und Standards gesetzt werden, die der Betriebskultur auf breiter Ebene gedient haben.

Das Projekt „Angehörige als zentrale Partner in der institutionellen Altersarbeit“ ist Ende 2005 aus dem Projektstatus in die Linie übergeben worden. In den nächsten Schritten geht es jetzt darum die Massnahmen fest in den Arbeitsalltag zu implementieren. Eine anspruchsvolle Aufgabe, die jetzt die Führungsebene der Institution übernehmen muss. Eine weitere Datenerhebung beispielsweise Ende des Jahres 2006 könnte noch einmal Auskunft darüber geben, ob eine Implementierung gelungen ist und ob weitere Veränderungen feststellbar sind. Die Nachhaltigkeit der in dieser Studie gefundenen Ergebnisse könnte ebenfalls noch einmal geprüft werden.

## 8.9 Erkenntnisse und Ausblick

Nach Abschluss eines solchen Prozesses liegen nicht ausschliesslich Daten vor, sondern es gibt auch auf anderen Ebenen und aus anderen Quellen einen Erkenntnisgewinn, der hier zusammenfassend dargestellt werden soll.

Häufig besteht in den Institutionen der Altersarbeit der Anspruch, dem Bewohner und seinen Angehörigen Heimat oder ein Zuhause bieten zu können. Diese Zielsetzung ist wohl zu hoch und letztlich nicht wirklich zu erreichen. Ausserdem gibt die Perspektive des Heims als Heimat- und Familienersatz dem Konkurrenzgedanken zwischen Pflegenden und Angehörigen nährenden Boden. Aus unserer Sicht sollte man sich von diesem Gedanken lösen. Man kann aber versuchen, mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln eine Umgebung oder ein Umfeld zu schaffen, in der Beziehungserlebnisse, die das Gefühl von Heimat stark mitbestimmen, möglich sind. Da nimmt Angehörigenarbeit eine ganz bedeutende Rolle ein. Sie sollte am subjektiven Erleben ansetzen und familiendynamische Prozesse berücksichtigen. Der Arbeit mit Angehörigen sollte eine Beziehungstriade zugrundegelegt werden, in der die verschiedenen Beziehungen gestaltet und ausbalanciert werden und die Möglichkeit für deren Aufrechterhaltung im Vordergrund steht. Nur so bekommen Angehörige den Platz, der ihnen als wichtiger Beziehungspartner des Bewohners zusteht.

Weiter wurde deutlich, dass ein eindimensionales Belastungs-Entlastungsdenken dem komplexen Sachverhalt von Angehörigen pflegebedürftiger Menschen nicht gerecht wird. Der gewählte Weg in Richtung Beziehungskompetenz, durch Erweiterung des Fachwissens und das Üben gewisser Begegnungen, scheint der richtige gewesen zu sein. Die Bereitschaft, sich in offener Konfrontation den Herausforderungen zu stellen und dabei auch Verantwortung für die Begegnung und Beziehung zu übernehmen, hat letztlich auch dazu beigetragen, Belastung zu reduzieren.

Eine weitere wichtige Erkenntnis dieser Arbeit ist der hohe Bedarf an emotionalen und sozialen Fähigkeiten im Umgang miteinander. Die Begegnung mit Angehörigen, aber auch mit den Bewohnern erfordert ein hohes Mass an Empathie, das in Zukunft neben den pflegerischen oder medizinisch-technischen Fähigkeiten sowohl für Ärzte als auch für das Pflegepersonal zunehmend an Bedeutung gewinnen wird. Gerade auch die in Zukunft alternden Generationen mit neuen familialen Bedingungen wie Patchworkfamilien stellen hohe Anforderungen an die emotionalen und sozialen Kompetenzen der in diesem Feld tätigen Personen.

In dem Prozess des Abschiednehmens und sich Trennens kann Angehörigenarbeit ebenfalls einen wichtigen Beitrag leisten. Das Abschiednehmen von dem Zuhause ist ein einschneidendes Erlebnis für den Bewohner und auch für seine Angehörigen (Zarit & Whitlatch, 1992), das erleichtert werden kann. Aber auch der Abschied von Selbständigkeit in allen Belangen, der Abschied von gelebtem Leben, das Loslassen gelebter Beziehungen und bestimmter Rollen, wollen gut begleitet sein, damit dann ein Aufbruch in eine neue Phase und ein Sich-Einlassen, auf das, was trotz schwieriger Umstände möglich ist, überhaupt gelingen kann. Ein Stütze sein in dem Prozess von Trennen, Neubeginn und endgültigem Abschiednehmen ist mehr als ein pflegerischer Auftrag. Es ist eine Herausforderung auf hohem Niveau, die Angehörigenarbeit auch in Zukunft fordern wird.

Das Projekt wurde ja nicht zuletzt mit der Zielsetzung gestartet, das Ergebnis auch in den anderen Pflegezentren der Stadt Zürich einzuführen. Für die Generalisierung und die grundsätzliche Übernahme des Projekts muss aber bedacht werden, dass der Erfolg nicht einfach durch den Einsatz der erarbeiteten Hilfsmittel gewährleistet ist. Es sollte klar geworden sein, dass hier nicht einfach Massnahmen eingeführt wurden, sondern dass prozessbegleitend eine Kultur für Angehörigenarbeit geschaffen wurde. Die vertiefte Auseinandersetzung mit der Thematik in den Fortbildungen, die Beratung und Begleitung der Umsetzung sowie die Vernetzung von Theorie und Praxis haben, so zeigen die Ergebnisse, Haltung und Einstellung beeinflusst. Erst das führt dazu, dass so ein Angehörigenkonzept wie dieses im Alltag auch gelebt wird. Angehörige werden als Partner verstanden, weil sie teilhaben am Leben der Bewohner, weil sie teilnehmen an deren Alltag und weil sie mit den Mitarbeitenden an derselben Sache beteiligt sind – das Wohlbefinden der Bewohner ist für die einen aus persönlicher Verbundenheit und für die anderen aus professionellem Verständnis das Ziel ihres Wirkens. Angehörige werden nicht mehr begriffen als weitere Klientengruppe, sondern so wie von Steiner-Hummel (1988) gefordert, als eine Form von Laienkollegen – es darf wohl zurecht von einem Wandel in der Angehörigenarbeit, weg von einem asymmetrischen Verhältnis hin zu einem partnerschaftlichen Verständnis der Beziehung, gesprochen werden.

Das Forschungsfeld in diesem Bereich ist breit und wirft viele weitere Fragestellungen auf, denen nachgegangen werden sollte. Zum einen interessieren die subjektiven Perspektiven der Angehörigen, aber auch der Mitarbeitenden zum Projekt und dem was dadurch möglicherweise in Gang gesetzt wurde. Dem könnte man in qualitativen Interviews näher kommen. In dem Zusammenhang stellt sich auch die Frage nach der subjektiven Bedeutung von Belastung. Sich beschreiben lassen, wie Personen Belastung erleben oder warum sie wider Erwarten unbelastet sind, würde bessere Kenntnisse und ein besseres Verständnis über die Personengruppen hervorbringen, was die Zusammenarbeit vielleicht noch weiter stärken könnte. Die Angehörigen könnte man beispielsweise Geschichten darüber schreiben oder erzählen zu lassen, wie sie den Heimeintritt und die erste Heimphase erlebt haben. So käme man dem subjektiven Erleben ein Stück näher, als es in dieser Untersuchung der Fall war.

Im praktischen Feld bietet sich in einer Institution wie dem Pflegezentrum Käferberg jetzt an, einen Schritt weiter zu gehen und gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen für Mitarbeitende und Angehörige anzubieten. Zum Beispiel liessen sich zur Förderung der Perspektivenübernahme und der Kommunikation gemeinsame Workshops unter dem Titel „Einander noch besser verstehen lernen“ ausprobieren.

Ausserdem wäre es sicher sinnvoll, das Projekt in einem anderen Pflegezentrum zu replizieren. Dabei sollte die in Kapitel 8.7 erwähnte Trennung der verschiedenen Rollen berücksichtigt werden. Spannend wären hier Fragen danach, ob sich der Inhalt des Konzepts durch eine andere Be-

triebskultur wesentlich verändern würde und ob sich die gefundenen Ergebnisse replizieren lassen.

Und abschliessend soll nicht vergessen werden, dass auch der Einbezug der Perspektive der Bewohner eine Bereicherung für dieses Projekt wäre. Auch wenn man durch die vielen Bewohner mit kognitiven Beeinträchtigungen vor ein neues Problem gestellt würde, gäbe ein Einbezug des dritten Beziehungspartners eine zusätzliche Gewichtung, die sicher einen wichtigen Beitrag zum noch besseren Verständnis der Gesamtsituation leisten könnte.



## 9. Literatur

- Adler, C., Gunzelmann, T., Machold, C., Schumacher, J. & Wilz, G. (1996). Belastungserleben pflegender Angehöriger von Demenzpatienten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 29, 143-149.
- Amelang, M. & Zielinski, W. (2002). *Psychologische Diagnostik und Intervention* (3. Auflage). Berlin: Springer.
- Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1995). Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In: Bandura, A. (Ed.), *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge: Cambridge University Press, 1-45.
- Barker, J.C., (1994). Recognizing cultural differences: Health-care providers and elderly patients. *Gerontology and Geriatrics Education*, 15(1), 9-21.
- Baumann, U. Mitmansgruber, H., Thiele, C. und Feichtinger, L. (2002). Übergang ins Seniorenheim – eine Herausforderung für Senioren – und für Psychologen. In A. Maercker (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie*, S. 283 -318, Berlin: Springer-Verlag.
- Becker, W. & Meifort, B. (Hrsg.) (1997). *Altenpflege- eine Arbeit wie jede andere? Ein Beruf fürs Leben?* Bielefeld: Bertelsmann.
- Bermejo, I. & Muthny, F.A. (1993). "Burnout" und Bedarf an psychosozialer Fortbildung und Supervision in der stationären Altenpflege. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 43(3/4), 110 -120.
- Beutel, M. (1988a). Spezifische und generelle Aspekte der Verarbeitung chronischer Erkrankungen. In H. Kächele & W. Steffens (Hrsg.), *Bewältigung und Abwehr. Beiträge zur Psychologie und Psychotherapie schwerer körperlicher Krankheiten*. Springer.

- Blenkner, M. (1965). Social Work and familyrelations in later life with some thoughts on filial maturity. In: E. Shanas and G. Streib (Eds.), *Social structure and the family: generational relations* (pp. 46-59). New Jersey: Prentice Hall.
- Bortz, J. & Döring, N. (2001). *Forschungsmethoden und Evaluation* (3. Auflage). Berlin: Springer
- Bowers, B.J. (1988). Family Perceptions of Care in a Nursing Home, *The Gerontologist*, 28(3), 361-368.
- Böger, S. & Hacker, W. (1999). Der Einfluss der Arbeitsorganisation auf die Beanspruchung des Pflegepersonals in Krankenhäusern. In A. Zimmer und S. Weyerer (Hrsg.), *Arbeitsbelastungen in der Altenpflege*, S. 227-239. Göttingen: Hogrefe.
- Braun, H. & Articus, S.(1984). *Die häusliche Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen. Eine empirische Untersuchung der Erscheinungsformen, Probleme und Unterstützungsmöglichkeiten*. Melle.
- Brody, E.M. (1985). Parent care as a normative family stress. *The Gerontologist*, 25, 1, 1, 9-29.
- Burger, H. (1990). Wenn das Miteinander gestört ist. *Altenpflege* 8, 473 -476.
- Chenowetz, B. & Spencer, B. (1986). Dementia. The experience of family caregivers. *The Gerontologist*, 26, 267- 272.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Cox, C., & Ephross, P.H. (1989). Group work with families of nursing home residents: Its socialization and therapeutic functions. *Journal of Gerontological Social Work*, 13, 61-73.
- Cronbach, L. J. (1982). *Designing evaluation of educational and social programs*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Davison, C.G. & Neale, J. M. (1998). *Klinische Psychologie*. (5.Auflage) Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Dougall, A.L. & Baum, A. (2001). Stress, health and illness. In A. Baum, T.A. Revenson & J.E. Singer (Eds.), *Handbook of healthy psychology* (pp. 321- 337). London: Erlbaum.

- Duden (1989). *Herkunftswörterbuch der deutschen Sprache*. Mannheim: Dudenverlag.
- Enzmann, D. & Kleiber, D. (1989). *Helfer-Leiden. Stress und Burnout in psychosozialen Berufen*. Heidelberg: Ansanger.
- Evans, A., & Scullion, H.F. (2000). Family and staff perceptions of role of families in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 626-634.
- Fabian, A.S., (1996). *Arbeitszufriedenheit bei Betreuern geistig behinderter Menschen*. München, Profil-Verlag.
- Filipp, S.-H. (1990). Ein allgemeines Modell für die Analyse kritischer Lebensereignisse. In S.-H. Filipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse*. Psychologie Verlags Union.
- Fineman, N. (1992). The social construction of noncompliance: Implications for crosscultural geriatric practice. *Journal of Cross Cultural Gerontology*, 6, 219-228.
- Fischer, G. H. (1974). *Einführung in die Theorie psychologischer Tests*. Bern: Huber.
- Freud, A. (1936). *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. Wien: Internationaler psychoanalytischer Verlag.
- George, W. & George, U. (2003). *Angehörigenintegration in der Pflege*. Ernst Reinhardt Verlag München.
- Gräbl, E. (2000). Warum pflegen Angehörige? Ein Pflegemodell für die häusliche Pflege im höheren Lebensalter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 13(2), 85-94.
- Gräbl, E. (2002). When home Care Ends. *Journal of American Geriatric Society*, 50, 843-849.
- Gunzelmann, T. (1991). Problemsituationen und Beratung von Angehörigen dementiell erkrankter älterer Menschen: Stand von Forschung und Praxis. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 4, Heft 1, 41-56
- Haan, N. (1965). Coping und Defense Mechanism Related to Personality Inventories. *Journal of Consulting Psychology*, 29, 373-378.
- Haan, N. (1977). *Coping and Defending*. New York: Academic Press.

- Harel, Z., (1981). Quality of care, congruence and well being among institutional aged. *The Gerontologist* 21, 523-531.
- Haus Neuland (2005). *Handbuch Angehörigenarbeit in Altenhilfeeinrichtungen*. Haus Neuland Institut für Weiterbildung e.V. Werkstattbericht 20.
- Hedtke-Becker, Astrid (1999). *Die Pflegenden pflegen*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Held, C. & Ermini - Fünfschilling, D. (2000). *Das demenzgerechte Heim. Lebensraumgestaltung, Betreuung und Pflege für Menschen mit leichter, mittelschwerer und schwerer Alzheimerkrankheit*. Basel, Karger.
- Hertl, E.M., Baumann, U. & Messer, R. (2004). Belastungen des Pflegepersonals in Senioren-/ Pflegeheimen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & Psychiatrie*, 17, S. 239 -250.
- Hertzberg, A., & Ekman, S.-L., (2000). 'We, not the man and us?' Views on the relationship and interactions between staff and relatives of older people permanently living in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 614-622.
- Holmes, T.H. & Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Ratingscale. *Journal of Psychosomatic Research* 11, 213 -218.
- Hughs, R. (1988). Divorce and social support: A Review. *Journal of Divorce*, 11, 123-145.
- Iecovich, E. (2000). Sources of Stress and Conflicts Between Elderly Patients, Their Family Members and Personnel in Care Settings. *Journal of Gerontological Social Work*, 34(2).
- Jackson, D.N. & Messick, S. (1967). *Problems in Human Assessment*. New York: McGraw Hill.
- Jones, S. & Jones, K.J. (1994). Caregiver burdens: Who the caregivers are, how they give care, and what bothers them. *Journal of Health & Social Policy*, 6, 71-89.
- Kächele, H. & Steffens W. (Hrsg.) (1974). *Bewältigung und Abwehr. Beiträge zur Psychologie und Psychotherapie schwerer körperlicher Krankheiten*. Berlin: Springer Verlag.
- Käppeli, S. (1989). Projekt "Treffpunkt". Ein Aktionsforschungsprojekt in einem Pflegeheim. *Pflege* 2, 49-57.

- Keefe, J. & Fancey, P. (2000). The care continues: Responsibility for elderly relatives before and after admission to a long term care facility. *Family Relations*, 49, 235-244.
- Kellet, U. (1999). Searching for new possibilities to care: a qualitative analysis of family caring involvement in nursing homes. *Nursing Inquiry*, 6, 9-16.
- Kellet, U. (2000). Bound within the limits: Facing constraints to family caring in nursing homes. *International Journal of Nursing Practice*, 6, 317 – 323.
- Kickbusch, I. (1981). Die Bewältigung chronischer Krankheit in der Familie: Einige forschungskritisch-programmatische Bemerkungen. In B. Badura (Hg.), *Soziale Unterstützung und chronische Krankheit*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Kitwood, T. (2000). *Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. Bern, Hans Huber
- Kircher, E. & Schmidl, D. (2000). Schichtarbeit im Vergleich: Befindensunterschiede und Aufmerksamkeitsvariationen während der 8-Stunden - versus 12 Stunden- Schichtarbeit. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 44, 2-18.
- Klusmann, D. (1986). *Soziale Netzwerke und Soziale Unterstützung. Eine Übersicht und ein Interviewleitfaden*. Dissertation. Hamburg.
- Kruse, A. & Schmitt, E. (1999). Konfliktsituationen in der Alten- und Altenpflegeheim. In A. Zimmer & S. Weyerer (Hrsg.), *Arbeitsbelastung in der Altenpflege* (S. 155 – 169). Göttingen: Hogrefe.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (2000). *Familiäre Kontakte und die Einbeziehung von Angehörigen in die Betreuung und Pflege in Einrichtungen*. Studie im Rahmen des Forschungsverbundes «Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen» vom Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik e.V., Köln in Zusammenarbeit mit Prof. K-H., Fachhochschule Köln. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Thema 162).
- Kühnert, S. (1992). Angehörigenarbeit in stationären Einrichtungen. In A. Niederfranke, U.M. Lehr, F. Oswald und G. Maier (Hrsg.), *Altern in unserer Zeit* (S. 308 -316). Heidelberg: Quelle & Meyer.
- Künzi, K. & Schär Moser, M. (2004). *Unterbezahlt und überbelastet. Eine empirische Studie zur Arbeitssituation in der Pflege*, Bern: Haupt.

- Laux, L. (1983). Psychologische Stresskonzeptionen. In H. Thomae (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich C Theorie und Forschung*, Serie IV Motivation und Emotion, Band 1 Theorien und Formen der Motivation (S. 453 – 535). Göttingen: Hogrefe.
- Lazarus, R.S. (1981). Stress und Stressbewältigung – ein Paradigma, in: S.-H. Filipp (Hrsg.), *Kritische Lebensereignisse* (S. 198 - 232) München: Springer.
- Lazarus, R.S. & Launier, R. (1981). Stressbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In J.R. Nitsch (Hrsg.), *Stress. Theorien, Untersuchungen und Massnahmen* (S. 213 – 259) Bern: Huber Verlag.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer
- Lazarus, R.S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer
- Levi, L. (1981). Psychosoziale Reize, psychophysiologische Reaktionen und Krankheit. In: J.R. Nitsch (Hrsg.), *Stress. Theorien, Untersuchungen und Massnahmen*. Bern: Huber Verlag.
- Lind, S. (1991). Angehörige als Kooperationspartner in Einrichtungen der Altenhilfe. In: *Evangelische Impulse*, 13, 2.
- Lind, S. (1990). Angehörigenarbeit im Pflegeheim. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung, Baden Württemberg (Hrsg.), *Ideenbörse vorbildlichere Altenpflege*. Stuttgart.
- Lind, S. (2001). Gemeinsame Sorge- geteilte Sorge: Zur Kommunikation zwischen Pflegekräften und Angehörigen von Demenzkranken. In: Haus Neuland (Hrsg.) *Tagungsdokumentation: Sozialpolitische Aspekte der Angehörigenarbeit in Altenhilfeeinrichtungen*. Bielefeld.
- Maier-Schmitz, B. & Tomasini, H. (2000). Aus dem Blickwinkel der Angehörigen. *Nova*, 11, 14-16.
- Mc Auley, W.J. & Travis, S.S. (2000). Factors influencing level of stress during the nursing home decision process. *Journal of Clinical Gerontopsychology* 6, 269 -278.
- Meier, M. (1989). Angehörige in der Langzeitpflege, *Pflege*, 2, 92-104.
- Monahan, D.J. (1995). Informal caregivers of institutionalized dementia residents: Predictors of burden. *Journal of Gerontological Social Work*, 23, 65-82.

- Morgan, A. & Zimmermann, M. (1990). Easing the transition to nursing homes: Identifying the needs of spousal caregivers at the time of institutionalization. *Clinical Gerontologist*, 9, 1-17.
- Morycz, R. K. (1985). Caregiving strain and the desire to institutionalize family members with Alzheimer's disease. Possible predictors and model development. *Research on Aging*, 7, 329-361.
- Muthny, F.A. (1990). *Krankheitsverarbeitung*. Berlin: Springer.
- Muthny, F.A. (1991). Psychosoziale Personalfortbildung und Patientenschulung bei chronischer Niereninsuffizienz. *Prävention und Rehabilitation*, 3(2), 84-92.
- Muthny, F.A., Bermejo, I. & v. Gierke, E. (1993). Erlebte Belastung und Bedarf an psychosozialer Fortbildung und Supervision in der stationären Altenpflege. *Zeitschrift für Gerontopsychologie*, 26, 395 – 403.
- Neubach, B. & Schmidt, K.H. (2004). Differenzieller Zusammenhang von Arbeitsbelastungen und Ressourcen mit Dimensionen des Burnout. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 48, 25-30.
- Nitsch, J.R. (1981). Stresstheoretische Modellvorstellungen. In J.R. Nitsch (Hrsg.), *Stress- Theorien, Untersuchungen, Massnahmen* (S. 52 – 141). Bern: Huber.
- Nolan, M. & Dellasega, C. (1999). «It's not the same as him being at home». Creating caring partnerships following nursing home placement. *Journal of Clinical Nursing*, 8(6), 723-730.
- Oppikofer, S., Lienhard, A. & Nussbauer, R. (2005). *Demenzpflege - Evaluation*. Zürcher Schriften zur Gerontologie, 2. Zürich: Zentrum für Gerontologie
- Pearlin, L.I. (1983). Role strains and personal stress. In H.B. Kaplan (Ed.), *Psychosocial Stress: Trends in Theory and Research*, (pp. 3 - 30). Academic Press: New York.
- Pearlin, L.I. (1989). The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 241 – 256.
- Penning, M.T., & Keating, N.C. (2000). Self, Informal and formal care partnerships in community-based and residential long-term care settings. *Canadian Journal of Aging*, 19, 75-100.

- Perrez, M. & Reicherts, M. (1992). A situation approach to stress and coping. In M. Perrez & M. Reicherts (Eds.), *Stress, coping and healthy: A situation-behavior approach. Theory, methods, applications* (pp- 17- 36). Göttingen: Hogrefe.
- Petzold, H. (1990). Die Krankheit der Inhumanität. Über die Entstehung und Vermeidung von Gewalt gegenüber alten Menschen im Heim (Teil 1). *Altenpflege*, 9, 498-504.
- Pfingstmann, G. & Baumann, U. (1987). Untersuchungsverfahren zum Sozialen Netzwerk und zur Sozialen Unterstützung. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 8, 75-98.
- Pierce, G.R., Sarason, B.R., Sarason, I.G., Joseph, H.J. & Henderson, C.A. (1996). Conceptualizing and assessing social support in the context of family. In G.R. Pierce, R.B. Sarason & I.G. Sarason (Eds.), *Handbook of social support and the family* (3 - 23). New York: Plenum Press.
- Pillemer, K. & Suitor, J. (1996). Family stress and social support among caregivers to persons with Alzheimer's diseases. In G.R. Pierce, R.B. Sarason & I.G. Sarason (Eds.), *Handbook of social support and the family* (pp. 476 – 494) New York: Plenum Press.
- Pillemer, K., Hegeman, C.R., Albright, B. & Henderson, C. (1998). Building bridges between families and nursing home staff: The partners in caregiving program. *The Gerontologist*, 38 (4), 499-503.
- Prey, H., Schmid, M., Storni, M. & Mühleisen, S. (2004). *Zur Situation des Personals in der schweizerischen Langzeitpflege*. Verlag Rüegger.
- Roehrle, B. (1994). *Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Rohner, R. & Terhorst, B. (1989). Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Pflegenden im stationären Bereich – Möglichkeit und Hindernisse. In D. Kleiber & D. Filsinger (Hrsg.), *Altern – bewältigen und helfen: psychosoziale Hilfe zur Selbsthilfe* (S. 119 – 123). Heidelberg: Asanger.
- Ross, M. M , Carswell, A., & Dalziel, W.B. (2001). Family Caregiving in Long-Term Care Facilities. *Clinical Nursing Research*, 10, 347-363.
- Rossi, A. S., & Rossi, P. H. (1991). Normative obligations and parent-child help exchange across the life course. In K. Pillemer & K. McCartney (Eds.), *Parent child relations throughout life* (pp. 201-223). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.



- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1-28.
- Russel, H., & Foreman, P. E. (2002). Maintaining a Relationship with al Family Member in an Nursing Home: The Role of Visitor. *Journal of Family Studies*, 8, (2), 147-164.
- Schneider, H.D. (1990). Bewohner und Personal als Quellen und Ziele von Gewalttätigkeit in Altersheimen. *Zeitschrift für Gerontologie*, 23, 186 -196.
- Schoenbach, V., Kaplan, B.H., Fredman, I. & Kleinaum, D.G. (1986). Social ties and mortality in evans County, Georgia. *American Journal of Epidemiology*, 123, 577-591.
- Schütze, Y. (1989). Intergenerationale Beziehungen zwischen Erwachsenen und ihren alten Eltern - Ergebnisse einer Pilotstudie. *Zeitschrift für Familienforschung*, 1 (3), 72-102.
- Schütze, Y. & Wagner, M. (1991). Sozialstrukturelle, normative und emotionale Determinanten der Beziehungen zwischen erwachsenen Kindern und ihren alten Eltern. *Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie*, 11, 295-313.
- Schwartz, A.N. & Vogel, M.E. (1990). Nursing home staff and residents` families role expectations, *The Gerontologist*, 30(1), 49-53.
- Selye, H. (1956). *Einführung in die Lehre vom Adaptationssyndrom*. Stuttgart: Thieme
- Selye, H. (1988). *Stress, Bewältigung und Lebensgewinn*. München: Piper Verlag.
- Spark, G. & Brody, E.M. (1970). The aged are family members. *Family Process*, 9, 195 – 210.
- Steiner-Hummel, I. (1984). Nähe auf Distanz. Angehörigenarbeit in Pflegeheimen. *Altenpflege*, 11.
- Steiner-Hummel, I. (1988). Angehörigenarbeit in Einrichtungen der Altenhilfe. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 19. Frankfurt/Main.
- Steiner-Hummel, I. (1990). Angehörigenarbeit. In: K Hummel & I. Steiner-Hummel (Hrsg.): *Wege aus der Zitadelle. Gemeinwesenorientierte Konzepte in der Altenpflege*. Hannover Vincentz-Verlag.
- Steiner-Hummel, I. (1993). Angehörige im Pflegedreieck. Die ungeliebten Dritten. *Forum Sozialstation*, 17, 63.

- Stiefel, M.L. (1989). Finanzierung ganzheitlicher Altenpflege. Beispiel Freie Altenarbeit e.V..Stuttgart. *Blätter der Wohlfahrtspflege* 136, (4), 94-97.
- Stommel, M., Given, C.W. & Given, B. (1990). Depression as an overriding variable explaining caregiver burden. *Journal of Aging and Health*, 2, 81-102.
- Tilse, C. (1997a). She wouldn't dump me: The purpose and meaning of visiting a spouse in residential care. *Journal of Family Studies* 3(2), 196-208.
- Tobin, S.S. (1995). Fostering Family Involvement in Institutional Care. In: Gregory C. Smith et al.: *Strengthening aging families: diversity in practice and policy* (pp. 25 -44). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Tornatore, J.B. & Grant, L. A. (2004). Family Caregiver Satisfaction With the Nursing Home After Placement of a Relative With Dementia. *Journal of Gerontology: Social Science*, 59b, (2), 80-88.
- Toseland, R.W. & Rossiter C.M. (1989). Group interventions to support family caregivers: A review and analysis. *The Gerontologist*, 29, 438-448.
- Urlaub, K. (1995). *Angehörigenarbeit in Heimen – Konzepte und Erfahrungen*. Köln, Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Vaux, A. (1988). *Social support*. New York: Praeger.
- Veiel, H.O.F. (1985). Dimensions of social support. A conceptual frame work für research. *Social Psychiatry*, 20, 156-162.
- Vinton, L., & Mazza, N., (1994). Aggressive behavior directed at nursing home personnel by residents' family members, *The Gerontologist*, 34(4), 528-533.
- Wahl, H.W. & Kruse, A. (1994). Sensible Bereiche der pflegerischen Arbeit in Heimen. In A. Krise & H.W. Wahl (Hrsg.), *Altern und Wohnen im Heim. Endstation oder Lebensort?* Bern: Hans Huber.
- Weitkunat, R., Haisch, J. & Kessler, M. (1977). (Hrsg.) *Public Health und Gesundheitspsychologie*. Bern: Huber.

- Wilz, G., Adler, C., Gunzelmann, T. & Brähler, E. (1999). Auswirkungen chronischer Belastungen auf die physische und psychische Befindlichkeit – Eine Prozessanalyse bei pflegenden Angehörigen von Demenzkranken. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 32, 255-265.
- Windisch, M. (1991). Burnout in der Altenpflege. *Das Altersheim*, 8, 364 -369.
- Wright, F. (2000). The Role of Family Care-givers for an Older Person Resident in a Care Home. *British Journal of Social Work*, 30, 649-661.
- Zarit, S.H., & Whitlatch, C.J. (1992). Institutional placement: Phases of the transition. *The Gerontologist*, 32, 665-672.
- Zarit, S.H., & Whitlatch, C.J. (1993). The Effects of Placement in Nursing Homes on Family Caregivers: Short and Long term Consequences. *The Irish Journal of Psychology*, 14, (1), 25-37.
- Zimber, A. (1998). Beanspruchung und Stress in der Altenpflege. Forschungsstand und Forschungsperspektiven. *Zeitschrift für Gerontologie* 31, 417 – 425.
- Zimber, A. & Weyerer, S. (Hrsg.) (1999). *Arbeitsbelastung in der Altenpflege*. Göttingen: Hogrefe.

## **Anhang**

Anhang A – Projektarbeit

Anhang B – Informationen an die Angehörigen zur Umsetzung des Projekts

Anhang C – Checklisten und Formulare

Anhang D – Einladungen zu den Angehörigenseminaren

Anhang E – Angehörigenrapport

Anhang F – Broschüre des gesamten Angebots für die Angehörigen

Anhang G – Erhebungsinstrumente

---

## Anhang A – Projektarbeit

- A-1: Zielsetzungen, Zusammensetzung und Arbeitsaufträge für den Arbeitsausschuss ①  
*Vorinformation und Begleitung beim Eintritt, Integration in den Alltag der Bewohnerin und Nachbetreuung nach einem Sterbefall*
  - A-2: Zielsetzungen, Zusammensetzung und Arbeitsaufträge für den Arbeitsausschuss ②  
*Informationsveranstaltungen und Anlässe für Angehörige*
  - A-3: Zielsetzungen, Zusammensetzung und Arbeitsaufträge für den Arbeitsausschuss ③  
*Wissens- und Kompetenzmanagement für Angehörige*
  - A-4: Zielsetzungen, Zusammensetzung und Arbeitsaufträge für den Arbeitsausschuss ④  
*Ärztliche Kontaktpflege*
  - A-5: Zielsetzungen, Zusammensetzung und Arbeitsaufträge für den Arbeitsausschuss ⑤  
*Psychologisch begleitete Angehörigengruppen*
  - A-6: Zielsetzungen, Zusammensetzung und Arbeitsaufträge für den Arbeitsausschuss ⑥  
*Bildung der Mitarbeitenden zur Angehörigenarbeit*
  - A-7: Zielsetzungen, Zusammensetzung und Arbeitsaufträge für den Arbeitsausschuss ⑦  
*Umgang mit Anliegen und Beschwerden*
-

## **Zielsetzungen, Zusammensetzung und Arbeitsaufträge für den Arbeitsausschuss ①**

Arbeitsausschuss:

Vorinformation und Begleitung beim Eintritt, Integration in den Alltag der Bewohnerin und Nachbetreuung nach einem Sterbefall

### *Zielsetzungen*

Dem Arbeitsausschuss wurden von der Projektleitung folgende Zielsetzungen vorgegeben:

- Den Angehörigen steht eine individuelle Beratung vor, während und nach dem Aufenthalt der BewohnerInnen zur Verfügung
- Die Angehörigen haben die Möglichkeit sich im Heimaltag zu integrieren

### *Zusammensetzung des Arbeitsausschuss 1*

Der Arbeitsausschuss 1 setzte sich zusammen aus der Qualitätsbeauftragten, der Leitung Pflegedienst und dem Seelsorger.

### *Arbeitsaufträge*

Innerhalb der vergebenen Sitzungszeit wurden in diesem Arbeitsausschuss nachstehende Aufträge systematisch bearbeitet:

- Strukturierung und Standardisierung der Vorinformation vor dem Eintritt
  - Entwicklung eines strukturierten Begleitungsangebots beim Eintritt
  - Entwicklung von Integrationsangeboten in den Heimaltag
  - Entwicklung eines Nachbetreuungsangebots nach einem Sterbefall
-

## **Zielsetzungen, Zusammensetzung und Arbeitsaufträge für den Arbeitsausschuss ②**

Arbeitsausschuss:

Informationsveranstaltungen und Anlässe für Angehörige

### *Zielsetzungen*

- Die Angehörigen sind über strukturelle und operative Neuerungen des gesamten Betriebes informiert
- Die Angehörigen haben gemeinsame Erlebnisse mit ihren BewohnerInnen

### *Zusammensetzung des Arbeitsausschuss 2*

Der Arbeitsausschuss 2 setzte sich zusammen aus der Leitung der Administration, einem Mitarbeiter der Ökonomie und einer Mitarbeiterin des Pflegedienstes

### *Arbeitsaufträge*

Die Projektleitung erteilte zu diesem Thema folgende Arbeitsaufträge:

- Entwicklung von Informationsgefäßen für die Angehörigen auf Betriebs- und Stationsebene
  - Entwicklung von Möglichkeiten zur Förderung gemeinsamer Erlebnisse und sozialer Kontaktmöglichkeiten für Angehörige
-

**Zielsetzungen, Zusammensetzung und Arbeitsaufträge für den  
Arbeitsausschuss ③**

Arbeitsausschuss:

Wissens- und Kompetenzmanagement für Angehörige

*Zielsetzung*

- Die Angehörigen haben die Möglichkeit ihr Wissen und ihre praktische Kompetenz entsprechend ihrer Bedürfnisse innerhalb des Betriebes zu erweitern

*Zusammensetzung des Arbeitsausschuss 3*

Mitarbeiterin Pflege

Leitung Pflege

Fachstelle PZZ

Assistenzarzt

*Arbeitsaufträge*

- Entwicklung von bedürfnisgerechten Möglichkeiten zur Erweiterung von Wissen und Kompetenz für die Angehörigen



## **Zielsetzungen, Zusammensetzung und Arbeitsaufträge für den Arbeitsausschuss ④**

Arbeitsausschuss:

Ärztliche Kontaktpflege

### *Zielsetzung*

- Die Kontaktmöglichkeiten zwischen Angehörigen und ärztlichem Dienst sind bedarfs- und bedürfnisgerecht geregelt

### *Mitglieder Arbeitsausschuss:*

Stadtarzt

Angehörige

MA Pflegedienst

### *Arbeitsauftrag*

- Entwicklung von bedürfnisgerechten und geregelten Kontaktmöglichkeiten zwischen Angehörigen und ärztlichem Dienst
  - Möglichkeiten der Bekanntmachung erarbeiten
-

## **Zielsetzungen, Zusammensetzung und Arbeitsaufträge für den Arbeitsausschuss ⑤**

Arbeitsausschuss:

Psychologisch begleitete Angehörigengruppen

### *Zielsetzung*

- Den Angehörigen steht eine psychologisch begleitete Angehörigengruppe zur Verfügung

### *Mitglieder Arbeitsausschuss:*

Leitung Beratungsstelle

Betriebsleiter

### *Arbeitsauftrag*

- Regelung der Rekrutierung neuer Mitglieder in die Gruppe
-

## **Zielsetzungen, Zusammensetzung und Arbeitsaufträge für den Arbeitsausschuss ®**

Arbeitsausschuss:

Bildung der Mitarbeitenden zur Angehörigenarbeit

### *Zielsetzungen*

- Den Mitarbeitenden sind Bedeutung und Stellenwert der Angehörigenarbeit bewusst
- Die Mitarbeitenden haben die Möglichkeit ihr Wissen zur Einschätzung der Situation der Angehörigen und den möglichen Konfliktfeldern zu erweitern
- Die Mitarbeitenden pflegen einen kompetenten und kundenorientierten Umgang mit den Angehörigen

### *Mitglieder Arbeitsausschuss*

Fachstelle Pflege

Leitung Hauswirtschaft

Leitung Pflege

### *Arbeitsaufträge:*

- Erarbeitung von bedarfsgerechten Bildungsmöglichkeiten und -angeboten für Mitarbeitende zur Angehörigenarbeit
-

## **Zielsetzungen, Zusammensetzung und Arbeitsaufträge für den Arbeitsausschuss ⑦**

Arbeitsausschuss

Umgang mit Anliegen und Beschwerden

### *Zielsetzungen:*

- Die Angehörigen haben die Möglichkeit ihre Anliegen zum Wohl des Bewohners einzubringen
- Das Anbringen von Beschwerden und der Umgang damit sind transparent geregelt

### *Mitglieder Arbeitsausschuss:*

Angehörige

Betriebsleiter

MA Pflegedienst

### *Arbeitsaufträge:*

- Erarbeiten von Möglichkeiten zur aktiven Einflussnahme der Angehörigen
  - Regelung und Strukturierung des Anbringens und des Umgangs mit Beschwerden von Angehörigen
-

## Anhang B – Informationen an die Angehörigen zur Umsetzung des Projekts

- B-1: Informationsflyer 1
  - B-2: Informationsflyer 2
  - B-3: Informationsflyer 3
-



Informationsflyer zum Stand der Umsetzung des Projekts

## **Die Angehörigen als zentrale Partner in der institutionellen Altersarbeit**

Seit dem April dieses Jahres befindet sich das Projekt „Die Angehörigen als zentrale Partner in der institutionellen Altersarbeit“ in der Umsetzungsphase. In der Form eines Informationsflyers möchten wir Ihnen von nun an in regelmässigen Abständen die neuen Angebote, die dadurch für Sie zur Verfügung stehen, bekanntgeben.

### **Bezugsperson für Angehörige**

Als unsere zentrale Aufgabe betrachten wir die Pflege und Betreuung unserer Bewohnerinnen. Wir legen aber Wert darauf, dass auch Sie als Angehörige sich wohl fühlen im Käferberg. Wie schon mehrfach angekündigt steht Ihnen nun als Ansprechperson für Anliegen, die Sie persönlich betreffen, die Abteilungsleitung zur Verfügung.

Ab Ende Juni werden die Abteilungsleitungen einen Angehörigen pro BewohnerIn zu einem Gespräch einladen. Dabei soll es in erster Linie darum gehen, wie Sie sich in der Rolle als Angehöriger im Käferberg fühlen. Sie bestimmen selber, in welchen Abständen Sie diese Gespräche weiterführen wollen.

Für Ihre Anliegen in Bezug auf das Wohlbefinden Ihres Angehörigen steht Ihnen weiterhin die pflegerische Bezugsperson zur Verfügung.





Juli, 2004

## 2. Informationsflyer zum Stand der Umsetzung des Projekts

# Die Angehörigen als zentrale Partner in der institutionellen Altersarbeit

Seit dem April dieses Jahres befindet sich das Projekt „Die Angehörigen als zentrale Partner in der institutionellen Altersarbeit“ in der Umsetzungsphase. Im zweiten Informationsflyer möchten wir Sie über die aktuellen Neuerungen in Kenntnis setzen.

## Wir sind offen für Ihre Anregungen, für Ihr Lob und Ihre Kritik

Die Meinung unserer Angehörigen ist uns wichtig. Das Pflegezentrum Käferberg ist ein innovativer und flexibler Betrieb. Wir sind laufend darum bemüht, die Qualität unserer Dienstleistungen zu prüfen und anzupassen. Dabei sind uns Ihre Rückmeldungen eine wertvolle Hilfe.



Für Ihre Anregungen, Ihr Lob und Ihre Kritik haben alle Mitarbeitenden im Käferberg, insbesondere aber die pflegerischen Bezugspersonen und die Bezugspersonen für Angehörige, ein offenes Ohr. Ab August können Sie Ihre Rückmeldungen auch in schriftlicher Form direkt an unseren Kundendienst richten. Die entsprechenden Formulare finden Sie bei den blauen Boxen mit der Aufschrift „wir sind offen für Ihre Anregungen, Ihr Lob und Ihre Kritik“. Diese Boxen hängen auf allen Abteilungen, sowie an zentralen Orten im Pflegezentrum. Bei Bedarf steht Ihnen Frau Andrea Martin vom Kundendienst auch für ein persönliches Gespräch zur Verfügung.



## **Erreichbarkeit der ÄrztInnen**

Für die medizinische Betreuung Ihres Familienmitglieds oder Ihres Partners/ Ihrer Partnerin ist der Arztdienst im Käferberg zuständig. Um Ihnen die Kontaktnahme mit dem Arztdienst zu erleichtern, haben wir die Erreichbarkeit der ÄrztInnen geregelt und auf einem Merkblatt, das wir Ihnen in der Beilage zusenden, festgehalten. Neu stehen Ihnen die Ärzte über Telefonsprechstunden persönlich für Fragen und Auskünfte zur Verfügung.

## **Bildungsangebot für Angehörige**

Für das Angehörigenseminar „Gedächtnis und Gedächtnistraining“, das am 28.8.04 stattfinden wird, haben wir schon viele Anmeldungen bekommen. Wer sich dazu noch anmelden möchte, kann dies noch bis zum 14.8.04 tun.

Eine Vorausschau auf das Bildungsangebot für die zweite Hälfte 2004 finden sie auf dem beiliegenden Programm.

Für weitere Informationen zum Projekt steht Ihnen Susanne Zwinggi, Koordinatorin der Angehörigenarbeit im Käferberg, gerne zur Verfügung.

[susanne.zwinggi@pzz.stzh.ch](mailto:susanne.zwinggi@pzz.stzh.ch)

Telefon direkt: 01/ 447 61 39



**Wir sind offen für Sie und Ihre Anliegen**





September, 2004

### 3. Informationsflyer zum Stand der Umsetzung des Projekts

## Die Angehörigen als zentrale Partner in der institutionellen Altersarbeit

Seit dem April dieses Jahres befindet sich das Projekt „Die Angehörigen als zentrale Partner in der institutionellen Altersarbeit“ in der Umsetzungsphase. Im dritten und zugleich letzten Flyer informieren wir Sie über die aktuellen Neuerungen. Natürlich werden wir Sie auch in Zukunft über die Angebote für Angehörige im Käferberg auf dem laufenden halten. Ab Dezember werden wir dafür im „Käferberg aktuell“ eine Seite für Angehörige reservieren.

### **Bildungsangebot für Angehörige: Angehörigenseminare und Integrationstag**

Das erste Angehörigenseminar zum Thema „Gedächtnis und Gedächtnistraining“ stiess auf ein breites Interesse. Aufgrund der zahlreichen Anmeldungen wurde es zweimal durchgeführt. Den Flyer zum nächsten Angehörigenseminar „Leben bis zuletzt“ erhalten



sie in der Beilage. Wir würden uns freuen, wenn auch dieses Seminar rege besucht würde.

Ab sofort bieten wir interessierten Angehörigen auch die Möglichkeit an, ihr pflegerisches Wissen auf praktischer Ebene zu erweitern. Im Rahmen eines Integrationstags kann ein Angehöriger/ eine Angehörige pro BewohnerIn zusammen mit diesem/ dieser einen Tag im Käferberg verbringen.

Die pflegerische Bezugsperson des Bewohners steht Ihnen dabei für Fragen zur Verfügung und gibt auf Wunsch Anleitung und Tipps für spezielle Pflegehandlungen. Gleichzeitig können Sie den Tagesablauf im Käferberg kennenlernen. Bitte wenden Sie sich an die pflegerische Bezugsperson, wenn Sie sich für einen Integrationstag interessieren.

### **Informationswesen**

Es ist uns ein Anliegen, dass Sie als Angehörige gut informiert sind. Aktuelle Informationen finden Sie jeweils an unseren Anschlagbrettern im Hauptgebäude und auf den Abteilungen. Über das Geschehen im Käferberg möchten wir Sie über unsere Hauszeitung „Käferberg aktuell“ auf dem laufenden halten. Darüberhinaus organisieren sowohl der Gesamtbetrieb als auch die einzelnen Abteilungen speziell für Angehörige Informationsabende. Diese Abende bieten neben aktuellen betrieblichen und abteilungsspezifischen Informationen auch die Gelegenheit zum Kennenlernen von MitarbeiterInnen des Pflegezentrums und anderen Angehörigen.



## **Veranstaltungen für Angehörige im Käferberg**



Gerade wenn man getrennt von seinem Familienmitglied, Partner oder Freund lebt, sind Gelegenheiten für gemeinsame Erlebnisse von zentraler Bedeutung. Das Pflegezentrum Käferberg organisiert deshalb zahlreiche Veranstaltungen wie das im September stattgefunden Sommerfest. Auch die Abteilungen führen zweimal jährlich gesellige Anlässe für Angehörige und Bewohnerinnen durch. Wir hoffen, dass viele von Ihnen bei diesen Gelegenheiten

zusammen mit Ihrem Nächsten schöne Stunden erleben können.

Die Daten aller Anlässe finden Sie jeweils im Käferberg aktuell. Eine Jahresübersicht über die Veranstaltungen 2005 werden Sie im Januar 2005 erhalten. Wir freuen uns, Sie an möglichst vielen Anlässen begrüßen zu dürfen.

## **Angehörigenqualitätszirkel**

Sie als Angehörige sind die Experten in der Angehörigenarbeit. Um im nahen Kontakt mit Ihnen und Ihren Bedürfnissen zu bleiben, wird sich die Betriebsleitung mit einer kleinen Gruppe von Angehörigen in regelmässigen Abständen treffen um den Austausch über ausgewählte Themen zu pflegen und Anregungen von seiten der Angehörigen direkt entgegenzunehmen. Über die Ergebnisse der Qualitätszirkel werden wir Sie jeweils auf der Seite für Angehörige im „Käferberg aktuell“ informieren.

## **Angehörigengruppe**

An dieser Stelle möchten wir Sie auch über ein Angebot informieren, das schon seit 2003 existiert. Um die Angehörigen in ihrer anspruchsvollen Situation zu unterstützen, bietet das Pflegezentrum Käferberg zwei Angehörigengruppen unter der Leitung von Bettina Ugolini, Diplom-Psychologin, an. Miteinander reden, Erfahrungen austauschen und sich gegenseitig unterstützen kann hilfreich sein und wird vielfach als entlastend empfunden.

Detailliertere Informationen zur Angehörigengruppe finden Sie auf dem entsprechenden Faltblatt, das am Empfang im Hauptgebäude aufliegt.

## **Angehörigenarbeit als fester Auftrag**

Im dritten Informationsflyer haben wir über die letzten Umsetzungsschritte des Projekts „Angehörige als zentrale Partner in der institutionellen Altersarbeit“ berichtet. Wir hoffen, dass Sie das eine oder andere Angebot schon für sich in Anspruch nehmen konnten oder es in Zukunft tun werden.

Mit dem Projekt „Angehörige als zentrale Partner in der institutionellen Altersarbeit“ hat der Käferberg einen neuen und weit herum einzigartigen Weg in der Angehörigenarbeit beschritten, der mit der Umsetzung natürlich noch lange nicht zu Ende ist. Angehörigenarbeit wird weiterhin als fester Auftrag im Käferberg verankert bleiben. Sie sind unsere zentralen Partner, und auch in Zukunft werden wir uns für eine gute Zusammenarbeit einsetzen.

Für weitere Informationen zum Projekt steht Ihnen Susanne Zwinggi, Koordinatorin der Angehörigenarbeit im Käferberg, gerne zur Verfügung. Telefon direkt: 01/ 447 61 39

**Wir sind offen für Sie und Ihre Anliegen**

## **Integration in den Pflegealltag**

Für viele Angehörige bedeutet die Übergabe der Pflege an das Pflegeteam zwar einerseits eine Entlastung, andererseits aber auch ein Verlust einer gern ausgeübten und als sinnvoll erlebten Aufgabe. Im Pflegezentrum Käferberg werden die Angehörigen auf Wunsch darin unterstützt, in der Pflege und Betreuung ihres Nächsten weiterhin mitzuwirken. Die Pflegerische Bezugsperson Ihres Nächsten wird deshalb ab Anfang Juli ebenfalls auf Sie zukommen und mit Ihnen abklären, ob bei Ihnen das Bedürfnis nach Integration in den Pflegealltag vorhanden ist und wenn ja, in welcher Form dies geschehen soll. Auf Wunsch werden Sie zu Pflegehandlungen, die für Sie neu sind, angeleitet. Wir möchten betonen, dass es bei diesem Angebot nicht darum geht, den Pflegedienst zu entlasten, sondern dass wir Ihnen damit eine Möglichkeit anbieten möchten, auch im Pflegezentrum etwas für Ihren Nächsten zu tun.

## **Bildungsangebot für Angehörige**

Die Tatsache, dass Ihr Verwandter oder Lebenspartner in einem Pflegezentrum lebt, wirft möglicherweise viele neue Fragen für Sie auf. Wir möchten Sie im Umgang mit ihren Nächsten im Pflegezentrum und mit Ihrer Rolle als Angehörige unterstützen, indem wir Seminare speziell für Angehörige zu zentralen Themen in der Altersarbeit anbieten. Zudem laden wir Sie herzlich ein zu Veranstaltungen, die auch für einen weiteren Teilnehmerkreis geöffnet sind. Das vollständige Programm folgt in einem der nächsten Informationsflyer.

Das erste Seminar für Angehörige findet am 28.8 statt. Frau Dr. phil. Ulrike Lemke, Psychologin an der Universität Zürich, wird einen Vormittag zum Thema Gedächtnistraining gestalten. Genauere Informationen zu diesem Seminar sowie ein Anmeldetalon liegen diesem Flyer bei.

Für weitere Informationen zum Projekt steht Ihnen Susanne Zwinggi, Koordinatorin der Angehörigenarbeit im Käferberg, gerne zur Verfügung.

[susanne.zwinggi@pzz.stzh.ch](mailto:susanne.zwinggi@pzz.stzh.ch)

Telefon direkt: 01/ 447 61 39



**Wir sind offen für Sie und Ihre Anliegen**

## Anhang C – Checklisten und Formulare

- C-1: Checklisten für Gespräche mit Angehörigen
  - C-2: Formular für „Lob und Kritik“
  - C-3: Checkliste zur Organisation der Angehörigenabende
  - C-4: Leitfaden zur Erreichbarkeit des Arztes
-





Nummer  
Prozess

## Erstgespräch Angehörige (2. Woche)

Name Angehörige:.....  
Name BewohnerIn:.....  
Abteilung:.....

### Persönliche Gesprächsvorbereitung:

- Inhalt vorbereiten (Thema?; Teilnehmer?; Ziel? Vorgehen?)
- Umstände vorbereiten (Ort?; Zeitraum? Störungen ausschalten;)
- Sich selbst einstellen (Sich in Gesprächspartner hineinversetzen; zugewandte Körperhaltung; Blickkontakt; "ich will wirklich verstehen, was der andere mir sagen will")

#### 1. **Persönliche Situation erfragen**

*Wie geht es Ihnen als Angehörige in dieser neuen Situation?*

Notizen .....  
.....  
.....

#### 2. **Kommentare zur Familiensituation**

*Gibt es weitere Familienangehörige? Wie sind die Beziehungen untereinander? Muss ,an etwas speziell berücksichtigen?*

Notizen .....  
.....  
.....

#### 3. **Situationsanalyse**

*Gibt es in der aktuellen Situation irgendwelche Probleme? Wird beispielsweise Unterstützung durch andere Fachpersonen benötigt? Evt. Infomaterial abgeben?*

Notizen .....  
.....  
.....

#### 4. **Persönliche Anliegen aufnehmen**

*Gibt es etwas, dass Sie an dieser Stelle noch deponieren oder loswerden möchten?*

Notizen .....

.....

.....

**5. Informationsabgabe**

- Bezugspflege in Abgrenzung erwähnen; auf BP und Integrationskonzept hinweisen  
aufnehmen ➔ Anliegen
- Information über Angehörigenabende und Anlässe im Käferberg und PZZ
- Hinweis auf die Angehörigengruppen ➔ Reaktion festhalten
- Information über die weiteren Kontakte mit Abteilungsleiterin ➔ Wünsche festhalten
- Abgabe der Informationsmappe Abteilung

Notizen .....

.....

.....

**6. Gespräch abschliessen**

*Nächsten Termin abmachen oder bekannt geben; Befindlichkeit erfragen*

Notizen .....

.....

.....

Bemerkungen: .....

.....

Massnahmen: .....

.....

Ablage: .....

.....

Datum:

Visum:



Nummer  
Prozess

## Rückblick auf die Einlebephase Angehörige (8.Woche)

Name Angehörige:.....  
Name BewohnerIn:.....  
Abteilung:.....

### Persönliche Gesprächsvorbereitung:

- Inhalt vorbereiten (Thema?; Teilnehmer?; Ziel? Vorgehen?)
- Umstände vorbereiten (Ort?; Zeitraum? Störungen ausschalten;)
- Sich selbst einstellen (Sich in Gesprächspartner hineinversetzen; zugewandte Körperhaltung; Blickkontakt; "ich will wirklich verstehen, was der andere mir sagen will")

#### 1. **Persönliche Situation erfragen**

*Wie ist es Ihnen in den Wochen ergangen? Mit welchen Gefühlen kommen und gehen sie?*

Notizen .....  
.....  
.....

#### 2. **Klärung offener Fragen**

*Gibt es Dinge, zu denen Sie gern mehr wissen möchten? Gab es Vorfälle, die Ihnen unverständlich sind?*

Notizen .....  
.....  
.....

#### 3. **Informationsaustausch**

*Gibt es aus Ihrer Sicht noch etwas, dass Sie mir erzählen möchten?*

Notizen .....  
.....  
.....

#### 4. **Gespräch abschliessen**



*Nächsten Termin abmachen oder bekannt geben; Befindlichkeit erfragen*

*Notizen* .....

.....

.....

Bemerkungen: .....

.....

Massnahmen: .....

.....

Ablage: .....

.....

Datum:

Visum:



**Nummer**  
**Prozess**

## Regelmässiges Kontaktgespräch Angehörige (nach Absprache)

Name Angehörige:.....  
Name BewohnerIn:.....  
Abteilung:.....

### Persönliche Gesprächsvorbereitung:

- Inhalt vorbereiten (Thema?; Teilnehmer?; Ziel? Vorgehen?)
- Umstände vorbereiten (Ort?; Zeitraum? Störungen ausschalten;)
- Sich selbst einstellen (Sich in Gesprächspartner hineinversetzen; zugewandte Körperhaltung; Blickkontakt; "ich will wirklich verstehen, was der andere mir sagen will")

#### 1. **Persönliche Situation erfragen**

*Wie geht es Ihnen zurzeit persönlich? Gibt es etwas, das Sie besonders belastet oder freut? Benötigen Sie an einem bestimmten Punkt Unterstützung? Auf vorhergehende Gespräche rückblicken!*

Notizen .....

.....

.....

.....

.....

.....

#### 2. **Informationsaustausch**

*Gibt es aus Ihrer Sicht noch etwas, von dem Sie meinen es sei wichtig, dass ich es weiss?*

Notizen .....

.....

.....

**3. Gespräch abschliessen**

*Nächsten Termin abmachen oder bekannt geben; Befindlichkeit erfragen*

Notizen .....

.....

.....

Bemerkungen: .....

.....

Massnahmen: .....

.....

Ablage: .....

.....

Datum:  
Visum:



Nummer  
Prozess

## Gespräch zur Sterbebegleitung

Name Angehörige:.....  
Name BewohnerIn:.....  
Abteilung:.....

### Persönliche Gesprächsvorbereitung:

- Inhalt vorbereiten (Thema?; Teilnehmer?; Ziel? Vorgehen?)
- Umstände vorbereiten (Ort?; Zeitraum? Störungen ausschalten;)
- Sich selbst einstellen (Sich in Gesprächspartner hineinversetzen; zugewandte Körperhaltung; Blickkontakt; "ich will wirklich verstehen, was der andere mir sagen will")

#### 1. **Persönliche Situation erfragen**

*Wie geht es Ihnen zurzeit persönlich? Gibt es etwas, das Sie besonders belastet? Gibt es etwas, dass Ihnen in der jetzigen Situation besonders Angst oder Sorgen macht? Benötigen Sie an einem bestimmten Punkt Unterstützung?*

Notizen .....

.....

.....

#### 2. **Klärung offener Fragen**

*Gibt es etwas zu dem Sie in der jetzigen Situation gern mehr wissen möchten?*

Notizen .....

.....

.....

#### 3. **Wünsche bezüglich der Sterbebegleitung der BewohnerIn**

*Gibt es aus Ihrer Sicht etwas, dass Ihnen für die Begleitung der BewohnerIn besonders am Herzen liegt?*

Notizen .....

.....

.....

**4. Wünsche bezüglich der eigenen Begleitung**

*Gibt es etwas, dass Sie in dieser schweren Situation unterstützen könnte? Haben Sie Fragen zum Umgang mit der BewohnerIn?*

Notizen .....

.....

.....

**5. Gespräch abschliessen**

*Nächsten Termin abmachen oder bekannt geben; Befindlichkeit erfragen*

Notizen .....

.....

.....

Bemerkungen: .....

.....

Massnahmen: .....

.....

Ablage: .....

.....

Datum:

Visum:



**Nummer**  
**Prozess**

## Austrittsgespräch Angehörige

Name Angehörige:.....  
Name BewohnerIn:.....  
Abteilung:.....

### **Persönliche Gesprächsvorbereitung:**

- Inhalt vorbereiten (Thema?; Teilnehmer?; Ziel? Vorgehen?)
- Umstände vorbereiten (Ort?; Zeitraum? Störungen ausschalten;)
- Sich selbst einstellen (Sich in Gesprächspartner hineinversetzen; zugewandte Körperhaltung; Blickkontakt; "ich will wirklich verstehen, was der andere mir sagen will")

#### **1. Persönliche Situation erfragen**

*Wie geht es Ihnen zurzeit persönlich? Gibt es etwas, das Sie im Nachhinein besonders belastet? Benötigen Sie an einem bestimmten Punkt Unterstützung? Können wir noch etwas für Sie tun?*

Notizen .....

.....

.....

#### **2. Klärung offener Fragen**

*Gibt es im Rückblick auf die Zeit im Käferberg etwas über das Sie noch einmal reden möchten?*

Notizen.....

.....

.....

#### **3. Einladung zum Gottesdienst**

*Wir möchten Sie herzlich zum Gottesdienst in dem wir auch Ihrem Angehörigen gedenken einladen*

Notizen .....

.....

.....

#### **4. Hinweis auf Freiwilligeneinsatz**

*Sie haben in der letzten Zeit eine Menge Erfahrungen sammeln können. Manchmal kommt nach einer Zeit der Trauer, das Bedürfnis diese Erfahrungen weiter zu nutzen. Wenn Sie das möchten, können Sie sich gerne wieder mit uns in Verbindung setzen und wir könnten gemeinsam einen möglichen Einsatz als Freiwillige MitarbeiterIn besprechen.*

Notizen .....

.....

.....

**5. Gespräch abschliessen**

*Nächsten Termin abmachen oder bekannt geben; Befindlichkeit erfragen*

Notizen .....

.....

.....

Bemerkungen: .....

.....

Massnahmen: .....

.....

Ablage: .....

.....

Datum:

Visum:



**Nummer**  
**Prozess**

## Gespräch zur Vorbereitung des Integrationstags

Name Angehörige:.....  
Name BewohnerIn:.....  
Abteilung:.....

### Persönliche Gesprächsvorbereitung:

- Inhalt vorbereiten (Thema?; Teilnehmer?; Ziel? Vorgehen?)
- Umstände vorbereiten (Ort?; Zeitraum? Störungen ausschalten;)
- Sich selbst einstellen (Sich in Gesprächspartner hineinversetzen; zugewandte Körperhaltung; Blickkontakt; "ich will wirklich verstehen, was der andere mir sagen will")

### 1. Sinn des Integrationstages bekannt geben

Für Angehörige, die einen Einblick in den Alltag im Käferberg gewinnen möchten, besteht das Angebot eines Integrationstags. Sie können einen ganzen Tag zusammen mit Ihrem Angehörigen verbringen, bei der Pflege mitwirken, Ihren Angehörigen zu den Therapien begleiten und den Tagesablauf im Käferberg kennen lernen.

Möchten Sie einen Tag zusammen mit Ihrem Angehörigen im Käferberg verbringen?

Ja

nein

### 2. Beschreibung des möglichen Tagesablaufs

*Wann muss der Angehörige wo sein? Wer ist für ihn zuständig? Wie kommt er an Schutzkleidung? Etc.*

### 3. Zusammenstellen des individuellen Programms

An welchen Aktivitäten möchten Sie teilnehmen?

Was	Wer	Datum / Visum MitarbeiterIn
Morgentoilette		
Baden		
Morgenessen		
Mobilisieren		
Betreuung		
Aktivierungstherapie		
Physiotherapie		



Was	Wer	Datum / Visum MitarbeiterIn
Arztvisite		
Mittagessen		
Betreuung am Nachmittag		
Abendessen		
Abendtoilette		

**Am Rapport kann nicht teilgenommen werden!**

**4. *Erwartungen an den Integrationstag***

Haben Sie spezielle Erwartungen oder Wünsche an den Integrationstag?

.....

.....

.....

**5. *Datum für Integrationstag festlegen***

.....

.....

.....

.....

Ablage: .....

.....

Datum:

Visum:



**Nummer  
Prozess**

## Integrationsgespräch Angehörige

Name Angehörige:.....  
Name BewohnerIn:.....  
Abteilung:.....

### Persönliche Gesprächsvorbereitung:

- Inhalt vorbereiten (Thema?; Teilnehmer?; Ziel? Vorgehen?)
- Umstände vorbereiten (Ort?; Zeitraum? Störungen ausschalten;)
- Sich selbst einstellen (Sich in Gesprächspartner hineinversetzen; zugewandte Körperhaltung; Blickkontakt; "ich will wirklich verstehen, was der andere mir sagen will")

### 1. **Bekanntgabe des Integrationskonzepts**

- Ziel des Konzepts:  
*Abgabe der Pflege, hinterlässt bei manchen Menschen ein ungutes Gefühl, wir wollen einen Bruch zwischen der Pflege vorher zu Hause und dem Heim entgegenwirken; wir wollen Angehörigen die Möglichkeit geben, bestimmte Dinge selber zu machen, um etwas tun zu können. Es soll ein Angebot zur Entlastung der Angehörigen sein – nicht des Pflegedienstes!!!*

*Sie haben die Möglichkeit, wenn Sie im Käferberg sind spontan bei der Pflege und Betreuung mitzuhelfen oder diese Mithilfe gemeinsam mit uns systematisch zu planen*

Notizen .....

.....

.....

### 2. **Haben Sie den Eindruck, dass Sie davon Gebrauch machen möchten?**

Notizen.....

.....

3. **Wie und zu welchen Zeiten möchten Sie sich in der Pflege und Betreuung Ihres Angehörigen engagieren?**

Wochentag	Zeit	Beschreibung der Tätigkeiten

4. **Sie haben die Möglichkeit, sich bei pflegerischen Tätigkeiten, die Ihnen wenig vertraut sind oder welche in einem Pflegezentrum anders ausgeführt werden als zu Hause anleiten zu lassen.**

In welchen Tätigkeiten möchten Sie von uns angeleitet werden?

Tätigkeit	Zeitpunkt der Schulung	Schulung durch wen

5. **Hinweis auf Verbindlichkeit**

*Damit alles reibungslos klappt, sind wir natürlich darauf angewiesen, dass wir uns verbindlich einigen und wir uns gegenseitig daran halten. Sollten Sie also einmal nicht kommen können, geben Sie uns doch bitte Bescheid.*

Notizen .....

.....

.....

6. **Gespräch abschliessen**

*Nächsten Termin abmachen oder bekannt geben; Befindlichkeit erfragen*

Notizen .....

.....

.....

Bemerkungen: .....

.....

Massnahmen: .....

.....

Ablage: .....

.....

Datum:  
Visum:





Bitte werfen Sie dieses Formular in eine der Boxen mit der Aufschrift:  
„Wir sind offen für Ihre Anregungen, Ihr Lob und Ihre Kritik“





**1.6.2**  
**Verbesserungskreislauf**

**Bearbeitung Anregungen, Lob und Kritik**

<b>Betroffene Bereiche</b>	<input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> Arztdienst <input type="checkbox"/> Betriebsleitung <input type="checkbox"/> Bistretto <input type="checkbox"/> Hauswirtschaft <input type="checkbox"/> Küche			<input type="checkbox"/> Pflege <input type="checkbox"/> Seelsorge <input type="checkbox"/> Sozialdienst <input type="checkbox"/> Technischer Dienst <input type="checkbox"/> Therapie <input type="checkbox"/> anderer.....		
<b>Rückmeldungen weitergeleitet.</b>	Datum..... Visum QB:.....					
<b>Geplante Massnahmen</b>	<b>Massnahmen</b>	<b>Wer</b>	<b>Bis wann</b>			
	.....	.....	.....			
	.....	.....	.....			
	.....	.....	.....			
	.....	.....	.....			
	.....	.....	.....			
	.....	.....	.....			
	.....	.....	.....			
	.....	.....	.....			
	.....	.....	.....			
	.....	.....	.....			
	.....	.....	.....			
	.....	.....	.....			
	.....	.....	.....			
	.....	.....	.....			
<b>Bearbeitet durch</b>	Datum..... Unterschrift.....					

**Formular innerhalb von 5 Arbeitstagen retour an QB.**

<b>Information über eingeleitete Massnahmen weitergeleitet (durch QB).</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	wenn ja, an wen .....

Bearbeitung abgeschlossen Datum:.....

Visum QB:.....

Visum Betriebsleitung:.....

Ablage Büro Qualitätsbeauftragte



**Raster zur Organisation der Angehörigen Abende**

<b>Was</b>	<b>Bis wann</b>	<b>Verantwortung</b>	<b>Datum / Visum MitarbeiterIn</b>
<b>Vorbereitung</b>			
<b>1. Terminierung Angehörigenabende</b>			
- Betrieb	10. Dezember	Betriebsleiter	
- Abteilung	23. Dezember	STL	
<b>2. Raumreservation</b>			
- Betrieb	10. Dezember	Betriebsleiter	
- Abteilung	23. Dezember	STL	
<b>3. Datenkoordination</b>			
Die Daten der Angehörigenabende werden an die Koordinationsstelle Angehörigenarbeit gemailt			
- Betrieb	10. Dezember	Betriebsleiter	
- Abteilung	23. Dezember	STL	
<b>4. Zusammenstellung der Adressaten</b>			
Es gelten alle in der Patientenadministration geführten Angehörigen automatisch als Adressaten		PatientenAd.	
- Zusätzliche Adressaten müssen der Patientenadministration gemeldet werden, damit sie in die Adressdatei aufgenommen werden können	23. Dezember	STL	
<b>5. Datenversand</b>			
Die Daten aller Angehörigenabende und Anlässe werden mit einem Neujahrsbrief an die Angehörigen versendet	erste Hälfte Januar	Betriebsleiter	



Was	Bis wann	Verantwortung	Datum / Visum MitarbeiterIn
<b>Vorbereitung</b>			
<b>6. Einladung</b>  Einladung und Traktandenliste werden an hand einer bestehenden Vorlage erstellt und an die Angehörigen geschickt (inkl. cc. an Koordinationsstelle)  - Betrieb (Postversand mit Rechnung)  - Abteilung (Persönliche Abgabe durch Bezugsperson; Versand nur in Ausnahmesituationen)	ca. 4- 6 Wochen vor dem Anlass	Betriebsleiter STL	
<b>7. Verpflegung</b>  Mittels Formular der Hauswirtschaft wird ein Apéro bestellt  - Betrieb  - Abteilung	Spätestens 14 Tage vor dem Anlass	Betriebsleiter STL	
<b>8. Auswertung</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Teilnehmerinnen, Mitarbeiterinnen (Rückmeldung an Koordinationsstelle)</li> <li>Inhaltliche Auswertung (Atmosphäre, Gesprächsbeteiligung)</li> </ul>	Unmittelbar nach dem Anlass	Betriebsleiter STL	

Bemerkungen: .....

.....

.....

Massnahmen: .....

.....

.....

Ablage: .....

.....



**Raster zur Organisation der Angehörigenanlässe für Neueintretende**

Was	Bis wann	Verantwortung	Datum / Visum
<b>Vorbereitung</b>			
<b>1. Terminierung Angehörigenabende</b>			
- Betrieb	10. Dezember	Betriebsleiter	
<b>2. Raumreservation</b>			
- Betrieb	10. Dezember	Betriebsleiter	
<b>3. Datenkoordination</b>			
Die Daten der Angehörigenanlässe für Neueintretende werden an die Koordinationsstelle Angehörigenarbeit gemailt			
- Betrieb	10. Dezember	Betriebsleiter	
<b>4. Zusammenstellung der Adressaten</b>			
Es gelten alle in der Patientenadministration geführten Angehörigen, die nach dem letzten Angehörigenabend eingetreten sind automatisch als Adressaten	Ende Dezember	PatientenAD	
- Zusätzliche Adressaten müssen der Patientenadministration gemeldet werden, damit sie in die Adressdatei aufgenommen werden können	Ende Dezember	STL	
<b>5. Einladungsversand</b>			
Einladung, Traktandenliste und Anmeldeformular werden anhand einer bestehenden Vorlage erstellt und an die Angehörigen gemäss Adressatenliste geschickt (inkl. cc. an Koordinationsstelle)			
- Betrieb (Postversand)	ca.4 - 6 Wochen vor dem Anlass	Betriebsleiter	
<b>6. Verpflegung</b>			
Mittels Formular der Hauswirtschaft wird ein Aperö bestellt			
- Betrieb	Spätestens 14 Tage vor dem Anlass	Betriebsleiter	

Was	Bis wann	Verantwortung	Datum / Visum
<b>Vorbereitung</b>			
<b>7. Auswertung</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Teilnehmerinnen, Mitarbeiterinnen (Rückmeldung an Koordinationsstelle)</li> <li>Inhaltliche Auswertung (Atmosphäre, Gesprächsbeteiligung)</li> </ul>	Unmittelbar nach dem Anlass	Betriebsleiter STL	

Bemerkungen: .....

.....

.....

Massnahmen: .....

.....

.....

Ablage: .....

.....

## Erreichbarkeit der Ärztinnen und Ärzte im Pflegezentrum Käferberg

### Telefonische Erreichbarkeit

Sie erreichen unsere ÄrztInnen zu Bürozeiten über das Arztsekretariat.  
Tel.-Nr.: 044 447 63 39

### Telefonsprechstunde

Zu folgenden Zeiten bemühen wir uns, für persönliche telefonische Anfragen zur Verfügung zu stehen. Bitte nehmen Sie für diese Sprechstunde den Kontakt über das Arztsekretariat auf.

Montag	16.00 – 17.00 Uhr	Bereich: Alle Abteilungen, Felsenrain, Süd 4
Donnerstag	13.00 – 14.00 Uhr	Bereich: Osthaus, Westhaus, Örisbach
Freitag	13.00 – 14.00 Uhr	Bereich: Südhaus, Rebberg

### Kontakt über E-mail

Für Fragen und Auskünfte können Sie die Ärztinnen/ Ärzte jederzeit per E-mail erreichen.

Dr. med. A Studer, Leitender Arzt: [alfred.studer@pzz.stzh.ch](mailto:alfred.studer@pzz.stzh.ch)

Dr. med. J. Rieser, Assistenzärztin: [judith.rieser@pzz.stzh.ch](mailto:judith.rieser@pzz.stzh.ch)  
*Zuständig für Westhaus, Osthaus und Pflegewohngruppen Örisbach*

Dr. med. M. Frey, Assistenzarzt: [matthias.frey@pzz.stzh.ch](mailto:matthias.frey@pzz.stzh.ch)  
*Zuständig für Abteilungen 1 - 3 und Pflegewohngruppen Rebberg A und Rebberg B*

Bitte teilen Sie uns mit, ob Sie den telefonischen Rückruf oder eine Beantwortung Ihrer Frage per E-mail wünschen.

### Persönliche Gespräche

Nach Vereinbarung können wir auch kurzfristig persönliche Gesprächstermine für Sie reservieren.

### Ärztliche Information bei Veränderungen:

Bei grundsätzlichen Veränderungen, insbesondere bei Verschlechterungen des Allgemeinzustandes Ihrer Angehörigen, werden sich die Ärztinnen/ Ärzte von sich aus raschmöglichst mit Ihnen in Verbindung setzen.

Zürich, 1.11.2005

Dr. med. A. Studer, leitender Arzt

## Anhang D – Einladungen zu den Angehörigenseminaren

- D-1: Angehörigenseminar: „Gedächtnis und Gedächtnistraining“
  - D-2: Angehörigenseminar: „Leben bis zuletzt“
  - D-3: Angehörigenseminar: „Besuchsgestaltung für BesucherInnen und Bewegung für mich und meinen Angehörigen“
  - D-4: Angehörigenseminar: „Meine Rolle als Angehöriger: Im Spannungsfeld von Belastung und Entlastung“
-



## **Angehörigenseminare im Käferberg**

Samstag, 28. 8. von 9.00-12.30 im Festsaal des  
Pflegezentrums Käferberg

Thema:

### **Gedächtnis und Gedächtnistraining**

- Referentin: Frau Dr. phil. Ulrike Lemke, Psychologin, Universität Zürich
- Programm: Wie funktioniert unser Gedächtnis?  
Strategien für dauerhaftes Merken  
Praktische Tipps fürs Gedächtnistraining für sich und Ihre Angehörige

Das Seminar ist kostenlos und wird ab einer Teilnehmerzahl von 12 Personen durchgeführt

Bitte melden Sie sich mit dem beigelegten Talon bis zum 14.8. an.

Wir freuen uns auf eine zahlreiche Teilnahme!





## **Angehörigenseminare im Käferberg**

Samstag, 20.11. von 9.00-12.30 im Festsaal des  
Pflegezentrums Käferberg

Thema:

### **Leben bis zuletzt**

DozentInnen: Dr. med. Alfred Studer, leitender Arzt  
Pfr. Matthias Stauffer, reformierter Pfarrer  
Dorothee Reichle, Pflegeexpertin

Inhalt:

- Was ist Palliation?
- Wie sieht das Palliationskonzept des Pflegezentrums Käferberg aus?
- Welche Möglichkeiten habe ich als Angehöriger, in der Palliation mitzuentscheiden und mitzuwirken?

Das Seminar ist kostenlos und wird ab einer Teilnehmerzahl von 12 Personen durchgeführt

Bitte melden Sie sich mit dem beigelegten Talon bis zum 5.11. an.

Wir freuen uns auf eine zahlreiche Teilnahme!

Für Kontakt und Koordination: Susanne Zwinggi, Tel. 01/ 447 61 39,  
susanne.zwinggi@pzz.stzh.ch





# **Angehörigenseminare im Käferberg**

Samstag, 12.02.2005 von 09.00-12.30 Uhr im Festsaal  
des Pflegezentrums Käferberg

Themen:

- Teil I: Besuchsgestaltung für BesucherInnen**
- Teil II Bewegung für mich und meinen Angehörigen**

DozentInnen: Dorothee Reichle, Pflegeexpertin  
Edith Müller, Aktivierungstherapeutin  
Santo Calandra, Leiter Physiotherapie

- Inhalt:
- Bedeutung von Besuchen für Bewohner und Bewohnerinnen des Pflegezentrums
  - Möglichkeiten der Besuchsgestaltung
  - Bedeutung von Bewegung und Mobilität
  - Wie kann ich die Mobilität meines Angehörigen unterstützen?

Das Seminar ist kostenlos und wird ab einer Teilnehmerzahl von 12 Personen durchgeführt.

Bitte melden Sie sich mit dem beigelegten Talon bis zum 20.01.2005 an.

Wir freuen uns auf eine zahlreiche Teilnahme!

Für Kontakt und Organisation: Susanne Zwinggi, Tel. 044/447 61 39  
susanne.zwinggi@pzz.stzh.ch







# Angehörigenseminare im Käferberg

Samstag, 28.05.2005 von 09.00-12.30 Uhr im Festsaal  
des Pflegezentrums Käferberg

Thema:

## Meine Rolle als Angehörige/r: Im Spannungsfeld von Belastung und Entlastung

Dozentin: Bettina Ugolini, Diplom-Psychologin

- Inhalt:
- Auseinandersetzung mit der Situation als Angehöriger eines Bewohners/ einer Bewohnerin.
  - Welches sind die Belastungen von Angehörigen?
  - Welches sind die Entlastungen oder wie findet man Entlastungsmöglichkeiten?
  - Welches sind meine Ressourcen und wie kann ich sie nutzen?
  - Wie sieht meine Rolle als Angehöriger idealerweise für mich aus?

Das Seminar ist kostenlos und wird ab einer Teilnehmerzahl von 12 Personen durchgeführt. Es werden keine Teilnahmebestätigungen verschickt. Falls das Seminar nicht durchgeführt werden kann, werden alle Personen, die sich angemeldet haben selbstverständlich benachrichtigt.

Bitte melden Sie sich mit dem beigelegten Talon bis zum 14.05.2005 an.

Wir freuen uns auf eine zahlreiche Teilnahme!

Für Kontakt und Organisation: Susanne Zwinggi, Tel. 044/447 61 39  
susanne.zwinggi@pzz.stzh.ch



## Anhang E – Angehörigenrapport

- E-1: Zielsetzungen, Inhalt und Struktur des Angehörigenrapports
- E-2: Vorgehen und Anleitungen für die Abteilungsleitungen

## **Abteilungsrapporte zur Angehörigenarbeit**

Zeitpunkt: 2 X in 4 Wochen einem vorher festgelegten Wochentag

Zuständig: Abteilungsleitung für die Durchführung  
Oberpflege für Controlling

Teilnehmer: Diensthabendes Pflorgeteam

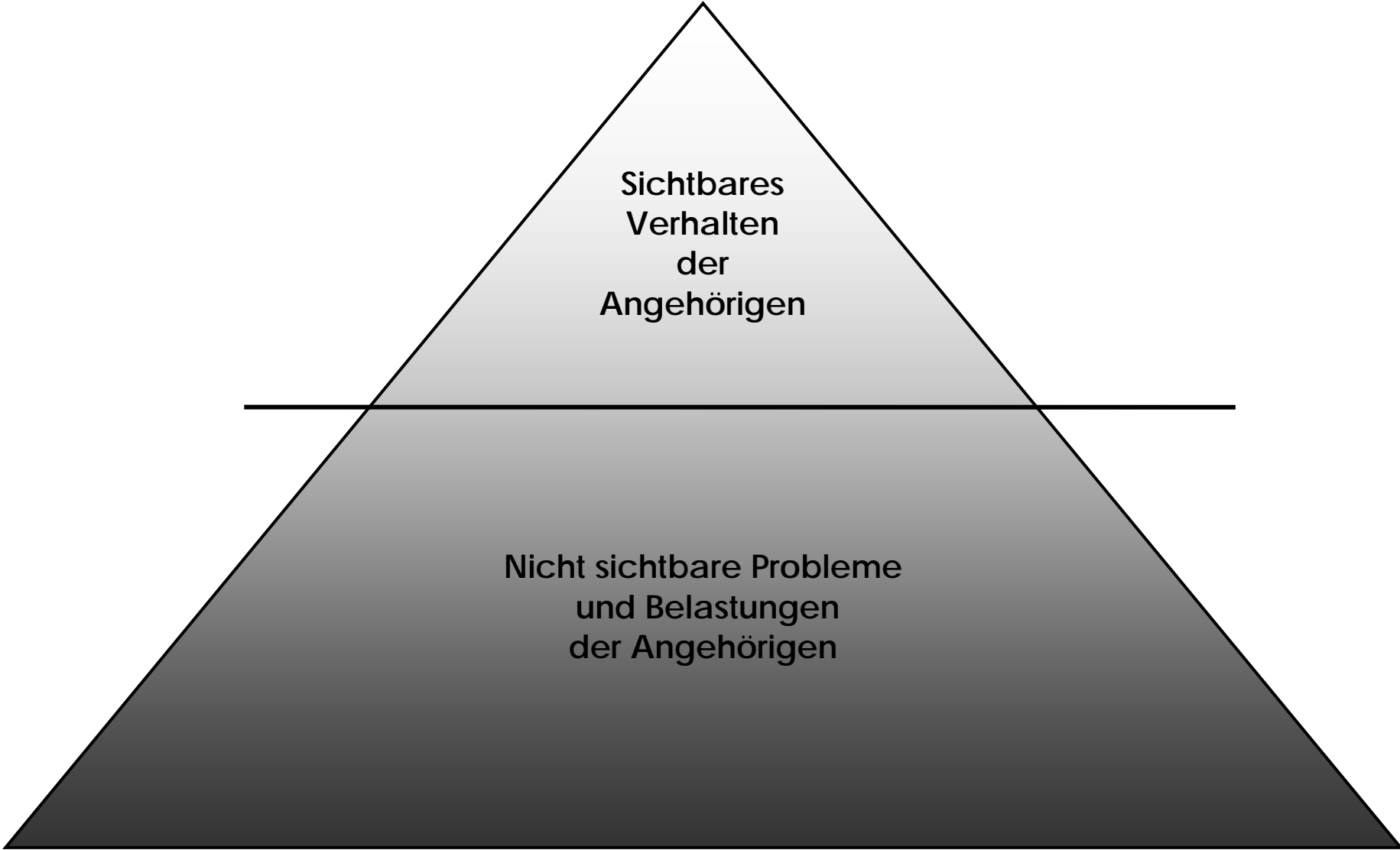
Ziel: Kompetenzsteigerung und Verhaltenssicherheit im Umgang mit Angehörigen  
Reflektion des eigenen Verhaltens  
Transferlernen auf andere Situationen

Inhalt: Besprechung einer konkreten Situation der Abteilung im Umgang mit Angehörigen  
Theoretische Inputs zum Thema Angehörige, die in Bezug zum Team gesetzt werden

Struktur:

1. Um wen geht es?
2. Welche Arten von Verhalten kann beobachtet werden?
3. Welches Verhalten wirkt auf uns störend?
4. Was nehmen wir als nicht sichtbare Probleme an?
5. Gibt es dafür wirklich Evidenz?
6. Wie verhalten wir uns?
7. Welche Alternativen haben wir?
8. Was würde der Person helfen?
9. Was würde uns helfen?

---



Sichtbares  
Verhalten  
der  
Angehörigen

Nicht sichtbare Probleme  
und Belastungen  
der Angehörigen

## **Vorgehen und Anleitung für die Abteilungsleitungen**

### **1. Um wen geht es?**

Person sollte einige Tage vorher bestimmt werden, sodass sich alle bereits ihre Gedanken machen können.

### **2. Welche Arten von Verhalten kann beobachtet werden?**

Darauf achten, dass sich nach Möglichkeiten alle beteiligen. Alle Nennungen auf das Blatt eintragen. In der Regel wird eher negatives Verhalten genannt – mit einer Frage nach positivem Verhalten, darauf aufmerksam machen. ⇒ Diesen Punkt bereits nutzen um den Blick auf den Angehörigen wieder realistischer werden zu lassen: es gibt immer beides, positives und negatives Verhalten!!!

In Problemsituationen wird häufig nur noch das Negative gesehen.

### **3. Welches Verhalten wirkt auf uns störend?**

Mit Leuchttift das Verhalten des Angehörigen kenntlich machen, das auf das Team störend wirkt.

### **4. Was nehmen wir als nicht sichtbare Probleme an?**

Sammeln und aufs Blatt eintragen, welche nicht sichtbaren Probleme von den Teammitgliedern vermutet werden.

### **5. Gibt es dafür wirklich Evidenz?**

Gemeinsam prüfen, ob es für die Vermutungen wirklich Beweise gibt, wenn ja welche? Unbedingt darauf aufmerksam machen, dass Vermutungen als auch Vermutungen behandelt werden müssen!!! Aber sie können Verständnis fördern!

### **6. Wie verhalten wir uns?**

Auf was reagieren die einzelnen Teammitglieder? Reaktionen mündlich beschreiben lassen! Die Gelegenheit nutzen um die eigen Beteiligung an der Problemsituation zu klären. Es sind immer beide Parteien beteiligt!! Gemeinsam versuchen herauszufinden, ob auf das sichtbares Verhalten oder auf die nicht sichtbaren Probleme reagiert wird. Zielsetzung sollte sein, nicht direkt auf das sichtbare Verhalten zu reagieren, da das häufig zu Konflikten führt.

---

**7. Welche Alternativen haben wir?**

Wie könnte eine Reaktion aussehen, in der versucht wird, auf die nicht sichtbaren Probleme zu reagieren. Nach Möglichkeit an einer ganz konkreten Situation arbeiten und nach alternativem Verhalten suchen. Gemeinsam festlegen auf welches Verhalten sich das Team vorläufig einigt.

**8. Gibt es nach der Analyse der Situation etwas, das der Person helfen könnte?**

Besprechen, ob in der ausführlichen Besprechung vielleicht Dinge aufgetaucht sind, die weitere Hilfestellungen für den Angehörigen nötig machen (z.B. Gespräch mit Soz.Arb. oder mit dem Arzt oder, oder, oder!!)

**9. Was würde uns helfen?**

Besprechen, ob es etwas gibt das dem Team oder einzelnen Mitgliedern helfen könnte? (z. B. andere Einteilung beim Schaffen, Begleitung zu einem Gespräch mit dem Angehörigen, Wissen einholen oder, oder, oder!!)

**10. Beschlüsse festlegen**

Daran denken, zum Abschluss festzulegen Wer? macht Wann? Was? Wie?

Und beim nächsten Angehörigenrapport kurz zurückblicken, ob sich die Situation verändert hat. Positiv oder negativ?

---

## Anhang F – Broschüre des gesamten Angebots für die Angehörigen

- F-1: Broschüre

## Anhang G – Erhebungsinstrumente

- G-1: Fragebogen für die Projektgruppe
- G-2: Fragebogen für die Angehörigen
- G-3 Fragebogen für die Mitarbeitenden



## Projekt

# Die Angehörigen als zentrale Partner in der institutionellen Altersarbeit

Fragebogen zur Evaluation der Konzeptphase durch die Projektgruppe

### I. Beurteilung des Stellenwertes der Angehörigenarbeit

#### 1. Wie wichtig finden Sie grundsätzlich die Angehörigenarbeit in den geriatrischen Institutionen?

überhaupt nicht wichtig					sehr wichtig
1	2	3	4	5	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 2. Wie wichtig wurde die Angehörigenarbeit bisher aus Ihrer Sicht im PZ Käferberg genommen?

	überhaupt nicht wichtig				sehr wichtig
	1	2	3	4	5
• von den Mitarbeitenden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• vom ärztlichen Dienst:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• von der Leitung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• von den Angehörigen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 3. Wie wichtig sollte Ihrer Meinung nach die Angehörigenarbeit im Käferberg in Zukunft genommen werden?

	überhaupt nicht wichtig				sehr wichtig
	1	2	3	4	5
• von den Mitarbeitenden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• vom ärztlichen Dienst:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• von der Leitung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• von den Angehörigen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. Wie beurteilen Sie den Einsatz einer interdisziplinären Projektgruppe für die Entwicklung der Angehörigenarbeit?**

	überhaupt nicht sinnvoll 1	2	3	4	sehr sinnvoll 5
• im Hinblick auf die spätere Akzeptanz der Massnahmen im Betrieb:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• im Hinblick auf die Umsetzbarkeit der Massnahmen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• im Hinblick auf die Qualität der erarbeiteten Massnahmen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• im Hinblick auf die Effizienz der Arbeit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen zum Abschnitt I : \_\_\_\_\_

---



---



---

**II. Beurteilung des Zeitbudgets für die Konzeptphase in der Projektgruppe**

**5. Wie beurteilen Sie die zur Verfügung gestellte Zeit von vier Sitzungen à ca. 2 Stunden für die Konzeptphase?**

überhaupt nicht ausreichend 1	2	3	4	vollkommen ausreichend 5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. Wie beurteilen Sie die zur Verfügung gestellte Zeit von jeweils zwei Stunden für die einzelnen Sitzungen?**

überhaupt nicht ausreichend 1	2	3	4	vollkommen ausreichend 5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7. Geben Sie bitte an, wie viel Zeit Sie persönlich ungefähr ausserhalb der Projektsitzungen für das Projekt aufwenden mussten.** (Dazu zählen Gespräche, Lesen, Vorbereiten, Nachbereiten)

- ☐ weniger als 2 Stunden
- ☐ 2 bis 4 Stunden
- ☐ mehr als 4 Stunden

**Anmerkungen zum Abschnitt II :** \_\_\_\_\_

---

---

---

### III. Beurteilung der Zusammensetzung der Projektgruppe

**8. Wie beurteilen Sie die interdisziplinäre Zusammensetzung der Projektgruppe?**

	überhaupt nicht sinnvoll 1	2	3	4	sehr sinnvoll 5
• im Hinblick auf die spätere Akzeptanz der Massnahmen im Betrieb:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• im Hinblick auf die Umsetzbarkeit der Massnahmen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• im Hinblick auf die Qualität der erarbeiteten Massnahmen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• im Hinblick auf die Effizienz der Projektarbeit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 9. Wie beurteilen Sie den Einbezug unterschiedlicher Hierarchiestufen in die Projektgruppe?

	überhaupt nicht sinnvoll 1	2	3	4	sehr sinnvoll 5
• im Hinblick auf die spätere Akzeptanz der Massnahmen im Betrieb:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• im Hinblick auf die Umsetzbarkeit der Massnahmen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• im Hinblick auf die Qualität der erarbeiteten Massnahmen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• im Hinblick auf die Effizienz der Projektarbeit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 10. Wie beurteilen Sie den Einbezug von Angehörigen in die Projektgruppe?

	überhaupt nicht sinnvoll 1	2	3	4	sehr sinnvoll 5
• im Hinblick auf die spätere Akzeptanz der Massnahmen im Betrieb:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• im Hinblick auf die Umsetzbarkeit der Massnahmen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• im Hinblick auf die Qualität der erarbeiteten Massnahmen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• im Hinblick auf die Effizienz der Projektarbeit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 11. Gab es aus Ihrer Sicht Personen oder Funktionen, die auch noch hätten berücksichtigt werden sollen?

---



---

Begründung:

---



---

Anmerkungen zum Abschnitt III : \_\_\_\_\_

---

---

---

#### IV. Beurteilung der Arbeitsweise der Projektgruppe

##### 12. Wie erlebten Sie die Aufteilung der Projektgruppe in verschiedene Arbeitsausschüsse?

	überhaupt nicht sinnvoll 1	2	3	4	sehr sinnvoll 5
• im Hinblick auf die spätere Akzeptanz der Massnahmen im Betrieb:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• im Hinblick auf die Umsetzbarkeit der Massnahmen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• im Hinblick auf die Qualität der erarbeiteten Massnahmen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• im Hinblick auf die Effizienz der Projektarbeit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

##### 13. Wie beurteilen Sie die vorgegebene thematische Aufteilung der sieben Arbeitsausschüsse?

	überhaupt nicht sinnvoll 1	2	3	4	sehr sinnvoll 5
• im Hinblick auf die spätere Akzeptanz der Massnahmen im Betrieb:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• im Hinblick auf die Umsetzbarkeit der Massnahmen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• im Hinblick auf die Qualität der erarbeiteten Massnahmen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• im Hinblick auf die Effizienz der Projektarbeit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**14. Wie beurteilen Sie die gegenseitige Information der Arbeitsausschüsse in der Projektgruppe?**

	überhaupt nicht sinnvoll 1	2	3	4	sehr sinnvoll 5
• im Hinblick auf die spätere Akzeptanz der Massnahmen im Betrieb:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• im Hinblick auf die Umsetzbarkeit der Massnahmen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• im Hinblick auf die Qualität der erarbeiteten Massnahmen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• im Hinblick auf die Effizienz der Projektarbeit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**15. Wie wichtig ist es ihrer Meinung, nach in einem Ausschuss zu sein, der der eigenen Tätigkeit und den Kompetenzen entspricht?**

überhaupt nicht wichtig 1	2	3	4	sehr wichtig 5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**16. Waren Sie Ihrer Meinung nach, in einem Ausschuss, der Ihren Tätigkeiten und Kompetenzen entsprach?**

nein, überhaupt nicht 1	2	3	4	ja, vollkommen 5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**17. Konnten Sie sich in Ihrem Arbeitsausschuss beteiligen?**

nein, überhaupt nicht 1	2	3	4	ja, vollkommen 5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**18. Wie beurteilen Sie die Verständlichkeit der gegebenen Aufträge in den Arbeitsausschüssen?**

überhaupt nicht verständlich 1	2	3	4	vollkommen verständlich 5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**19. Wie beurteilen Sie die Sitzungsstruktur abwechselnd Plenum- Arbeitsausschüsse- Plenum?**

	überhaupt nicht sinnvoll 1	2	3	4	sehr sinnvoll 5
• im Hinblick auf die Effizienz des Projekts:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• im Hinblick auf die Qualität der erarbeiteten Massnahmen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**20. Wie beurteilen Sie rückblickend die Arbeitsatmosphäre in Ihrem Arbeitsausschuss?**

unangenehm 1	2	3	4	sehr angenehm 5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**21. Wie beurteilen Sie rückblickend die Arbeitsatmosphäre in der Projektgruppe?**

unangenehm 1	2	3	4	sehr angenehm 5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Anmerkungen zum Abschnitt IV :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## V. Beurteilung der eigenen Inanspruchnahme durch das Projekt

### 22. Wie stark waren Sie in Ihrer Arbeit zeitlich durch das Projekt beansprucht?

überhaupt nicht beansprucht					sehr beansprucht
1	2	3	4	5	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### 23. Wie bewerten Sie für sich Ihre Teilnahme in dem Projekt?

	sehr negativ 1	2	3	4	sehr positiv 5
• im Hinblick auf Ihre eigene Beteiligung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• im Hinblick auf einen möglichen Lerneffekt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• im Hinblick auf die psychische Belastung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 24. Gibt es etwas, das Sie aus der Arbeit in der Projektgruppe für Ihren Arbeitsalltag oder für Sie persönlich mitnehmen? (positive und / oder negative Erkenntnisse)

Positiv: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Negativ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anmerkungen zum Abschnitt V : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## VI. Beurteilung der Ergebnisse des Projekts

### 25. Wie beurteilen Sie das Arbeitsergebnis Ihres Arbeitsausschusses?

	überhaupt nicht gut	1	2	3	4	sehr gut 5
• ganz grundsätzlich:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• im Hinblick auf die Auftragserfüllung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• im Hinblick auf die spätere Akzeptanz der Massnahmen im Betrieb:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• im Hinblick auf die Umsetzbarkeit der Massnahmen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• in Bezug auf die Berücksichtigung der Bedürfnisse aller Beteiligten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 26. Wie beurteilen Sie das Arbeitsergebnis der Projektgruppe als Ganzes?

	überhaupt nicht gut	1	2	3	4	sehr gut 5
• ganz grundsätzlich:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• im Hinblick auf die Auftragserfüllung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• im Hinblick auf die spätere Akzeptanz der Massnahmen im Betrieb:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• im Hinblick auf die Umsetzbarkeit der Massnahmen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• in Bezug auf die Berücksichtigung der Bedürfnisse aller Beteiligten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 27. Wie gut entspricht das Ergebnis Ihrer Meinung nach den Bedürfnissen der Angehörigen?

entspricht überhaupt nicht	1	2	3	4	entspricht sehr gut 5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**28. Enthält das Ergebnis Ihrer Meinung nach für alle unterschiedlichen Personengruppen von Angehörigen mindestens ein Angebot?**

nein, überhaupt nicht					ja, vollkommen
1	2	3	4	5	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Anmerkungen zum Abschnitt VI :** \_\_\_\_\_

---



---



---

## VII. Beurteilung der Umsetzbarkeit des Projekts

**29. Was glauben Sie, wie gut können die erarbeiteten Massnahmen im PZ Käferberg in die Praxis umgesetzt werden?**

überhaupt nicht umsetzbar					sehr gut umsetzbar
1	2	3	4	5	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**30. Welche Schwierigkeiten sehen Sie bei der Umsetzung?**

---



---

Begründung:

---



---

**31. Wie beurteilen Sie die Umsetzbarkeit des Konzepts in den anderen Pflegezentren?**

überhaupt nicht umsetzbar					sehr gut umsetzbar
1	2	3	4	5	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Anmerkungen zum Abschnitt VII : \_\_\_\_\_

---

---

---

### VIII. Beurteilung der Arbeit der Projektleitung

#### 32. Wie beurteilen Sie die Informationen, die Sie jeweils zu Beginn der Sitzungen von der Projektleitung bekommen haben?

	überhaupt nicht verständlich	1	2	3	4	sehr verständlich 5
• in Bezug auf die Verständlichkeit:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	überhaupt nicht vollständig	1	2	3	4	sehr vollständig 5
• in Bezug auf die Vollständigkeit:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	überhaupt nicht nützlich	1	2	3	4	sehr nützlich 5
• in Bezug auf die Nützlichkeit:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 33. Wie beurteilen Sie die gegebenen Instruktionen in den Sitzungen zur Erledigung der Aufträge?

	überhaupt nicht verständlich	1	2	3	4	sehr verständlich 5
• in Bezug auf die Verständlichkeit:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	überhaupt nicht vollständig	1	2	3	4	sehr vollständig 5
• in Bezug auf die Vollständigkeit:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	überhaupt nicht nützlich	1	2	3	4	sehr nützlich 5
• in Bezug auf die Nützlichkeit:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 34. Wie beurteilen Sie die Moderation der Sitzungen?

überhaupt nicht gut	1	2	3	4	sehr gut 5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 35. Wie beurteilen Sie die Protokolle der Projektsitzungen?

	überhaupt nicht verständlich	1	2	3	4	sehr verständlich 5
• in Bezug auf die Verständlichkeit:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	überhaupt nicht vollständig	1	2	3	4	sehr vollständig 5
• in Bezug auf die Vollständigkeit:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	überhaupt nicht nützlich	1	2	3	4	sehr nützlich 5
• in Bezug auf die Nützlichkeit:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen zum Abschnitt VIII : \_\_\_\_\_

---

---

---

## Projekt

# Die Angehörigen als zentrale Partner in der institutionellen Altersarbeit

## Instruktionen zum Ausfüllen des Fragebogens

1. Es ist für die Auswertung des Fragebogens ganz wichtig, dass Sie die Fragen für sich alleine beantworten. Ihre ganz persönlichen Meinungen und Erfahrungen sind gefragt!
2. Für den ganzen Fragebogen gilt: Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Uns interessiert Ihre persönliche Meinung. Es ist sehr wichtig, dass Sie alle Fragen beantworten. Wenn Sie einmal nicht sicher sind, kreuzen Sie bitte das Kästchen an, das am ehesten auf Sie zutrifft. Wir bitten Sie ausserdem, pro Frage jeweils nur ein Kästchen anzukreuzen und das Kreuz ins Kästchen zu platzieren.
3. Auf dem Fragebogen steht kein Name und er wird anonym ausgewertet. Um die Ergebnisse dieser Befragung mit der ersten vergleichen zu können, ist es wichtig, dass jeder Fragebogen eindeutig identifiziert ist, ohne dass man weiss, wer ihn ausgefüllt hat.  
Zu diesem Zweck trägt er einen Code aus drei Informationen, die nur Ihnen bekannt sind. Ihr Fragebogen kann nur in die Untersuchung aufgenommen werden, wenn der Code ausgefüllt ist. Bevor Sie weiter lesen, tragen Sie jetzt bitte die gefragten Buchstaben und Zahlen in das nachstehende Kästchen ein.  
(z.B. **R** (Rosa); **1900**; **r** (Meier))

Anfangsbuchstaben des Vornamens Ihrer Mutter:	_____
Geburtsjahrgang Ihrer Mutter:	_____
Letzter Buchstabe Ihres Nachnamens:	_____

4. Zur Vereinfachung sprechen wir im Fragebogen von Angehörigen, Personal und Mitarbeiterinnen. Bei allen drei Bezeichnungen ist selbstverständlich sowohl die weibliche, als auch die männliche Form gemeint.

## I. Angaben zu Ihrer Person

Am Anfang möchten wir Ihnen einige Fragen zu Ihrer Person stellen. Bitte kreuzen Sie immer das Kästchen an, welches auf Sie zutrifft. Achten Sie bitte darauf, dass am Schluss alle Fragen beantwortet sind

1. **Geburtsjahr:** \_\_\_\_\_
2. **Geschlecht:** ☐ weiblich ☐ männlich
3. **Zivilstand:** ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden ☐ getrennt
4. **Muttersprache:** ☐ deutsch ☐ andere; welche \_\_\_\_\_
5. **Schulbildung:** ☐ Primarschule ☐ Realschule ☐ Sekundarschule  
☐ Mittelschule /Lehrerseminar/ Gymnasium ☐ Universität
6. **Ungefähres Eintrittsdatum Ihres Angehörigen ins PZ Käferberg:** \_\_\_\_\_
7. **Diagnose Ihres Angehörigen:** \_\_\_\_\_
8. **Haben Sie vor dem Heimeintritt mit Ihrem Angehörigen zusammen in einem Haushalt gelebt?**  
☐ ja ☐ nein
9. **Haben Sie Ihren Angehörigen vor dem Heimeintritt selber gepflegt?**  
☐ ja ☐ teilweise ☐ nein
10. **Wie häufig besuchen Sie Ihren Angehörigen im PZ Käferberg ungefähr?**  
☐ täglich ☐ ca. einmal pro Woche  
☐ mehrmals pro Woche ☐ ca. zweimal pro Monat  
☐ weniger als zweimal pro Monat
11. **In welchem Verwandtschaftsgrad stehen Sie zu Ihrem Angehörigen im PZ Käferberg?**  
**Ich bin:** ☐ Ehepartner/ Ehepartnerin  
☐ Freund/ Freundin  
☐ Tochter/ Sohn  
☐ Nichte/ Neffe  
☐ Anderes: \_\_\_\_\_

## II. Bitte beurteilen Sie in diesem Abschnitt die Pflege und Betreuung im PZ Käferberg für Ihren Angehörigen aus Ihrer persönlichen Sicht.

Bitte kreuzen Sie jeweils das Kästchen an, das auf Sie zutrifft. Oberhalb der Kästchen finden Sie die Bewertung (z.B. „überhaupt nicht zufrieden“ – „sehr zufrieden“). Die Kästchen dazwischen stellen Abstufungen dar. Achten Sie bitte auch hier darauf, dass Sie keine Zeile überspringen und jede Frage beantworten.

### 12. Wie zufrieden sind Sie mit der Arbeit der einzelnen Bereiche für Ihren Angehörigen?

	überhaupt nicht zufrieden 1	2	3	4	sehr zufrieden 5
• mit dem Pflegedienst:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• mit dem ärztlichen Dienst:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• mit der Küche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• mit dem Hausdienst:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• mit der Verwaltung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• mit der Betriebsleitung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 13. Wie zufrieden sind Sie mit der fachlichen Betreuung Ihres Angehörigen?

überhaupt nicht zufrieden 1	2	3	4	sehr zufrieden 5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 14. Wie zufrieden sind Sie mit der menschlichen Betreuung Ihres Angehörigen?

überhaupt nicht zufrieden 1	2	3	4	sehr zufrieden 5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 15. Haben Sie den Eindruck, dass sich Ihr Angehöriger im PZ Käferberg gut aufgehoben fühlt?

nein überhaupt nicht 1	2	3	4	ja, vollkommen 5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 16. Werden die Bedürfnisse Ihres Angehörigen Ihrer Meinung nach berücksichtigt?

	nein, überhaupt nicht 1	2	3	4	ja, vollkommen 5
• vom Pflegedienst:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• vom ärztlichen Dienst:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• von der Küche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• vom Hausdienst:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• von der Verwaltung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 17. Kann Ihr Angehöriger Ihrer Meinung nach auch persönliche Gespräche mit Mitarbeiterinnen führen (sofern es sein Gesundheitszustand zulässt)?

	nein, überhaupt nicht 1	2	3	4	ja, vollkommen 5
• mit den Pflegenden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• mit den Ärzten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• mit dem Personal der Küche :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• mit dem Personal des Hausdienstes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• mit dem Personal der Verwaltung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### III. Bitte beurteilen Sie in dem folgenden Abschnitt, wie stark diese Aussagen für Sie als Angehöriger zutreffen.

Die Situation als Angehöriger von einem Heimbewohner wird ganz unterschiedlich erlebt. Sie hat positive und negative Seiten. Wir möchten von Ihnen gerne etwas über die eher belastenden Seiten als Angehörige erfahren. Bitte kreuzen Sie an, ob die Aussagen auf Sie zutreffen oder nicht. Auch hier steht oberhalb der Kästchen jeweils die Bewertung (z.B. „trifft überhaupt nicht zu“ – „trifft vollkommen zu“)

	trifft überhaupt nicht zu					trifft vollkommen zu				
18. Mit dem Heimeintritt sind Aufgaben auf mich zugekommen, die mich überfordern.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
19. Die räumliche Trennung von meinem Angehörigen ist schwierig auszuhalten.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
20. Ich fühle mich in meiner Situation als Angehöriger hilflos.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
21. Seit mein Angehöriger von anderen gepflegt wird, fühle ich mich überflüssig.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					



	trifft überhaupt nicht zu					trifft vollkommen zu				
22. Es fällt mir schwer, Vertrauen in die Betreuung zu haben.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
23. Ich zweifle, ob mein Angehöriger so betreut wird, wie ich es mir wünsche.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
24. Mein schlechtes Gewissen macht mir zu schaffen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
25. Es belastet mich, Entscheidungen für meinen Angehörigen treffen zu müssen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
26. Ich habe das Gefühl, versagt zu haben.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
27. Es quält mich nicht zu wissen, was mit meinem Angehörigen passiert, wenn ich nicht da bin.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
28. Ich habe das Gefühl, nichts mehr für meinen Angehörigen tun zu können.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
29. Wenn ich zu Hause bin, frage ich mich, ob es meinem Angehörigen wohl gut geht.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
30. Auch schöne Situationen werden durch den Gedanken an das Leiden meines Angehörigen getrübt.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
31. Es fällt mir schwer, Dinge wirklich zu genießen, seit ich sie nicht mehr mit meinem Angehörigen teilen kann.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
32. Die Veränderung unserer Beziehung durch den Heimeintritt macht mich traurig.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
33. Ich bin im Umgang mit meinem Angehörigen jetzt befangen, weil ich mich beobachtet fühle.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
34. Wenn man das Pflegepersonal nicht dauernd kontrolliert, werden wichtige Pflegehandlungen für meinen Angehörigen vergessen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
35. Ich vermisse es, mit meinem Angehörigen alleine sein zu können.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					

#### IV. Bitte beurteilen Sie im folgenden Abschnitt wie stark die beschriebenen Situationen für Sie als Angehöriger im PZ Käferberg zutreffen.

Die folgenden Aussagen beziehen sich alle auf Ihre Situation als Angehöriger eines Heimbewohners im Pflegezentrum Käferberg. Bitte kreuzen Sie wieder an, ob die Aussagen auf Sie zutreffen oder nicht. Auch hier steht oberhalb der Kästchen jeweils die Bewertung („Trifft überhaupt nicht zu“ – „trifft vollkommen zu“).

	trifft überhaupt nicht zu					trifft vollkommen zu				
36. Bei meinen Besuchen habe ich manchmal das Gefühl, ich störe mit meiner Anwesenheit die Routine der Mitarbeiterinnen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
37. Immer wieder gehe ich mit dem Gefühl heim, einfach nicht dazu zu gehören.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
38. Es gibt Veränderungen im Betrieb, über die wir Angehörigen gar nicht informiert werden.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
39. Es fällt mir schwer, die Pflege meines Angehörigen ans Pflegepersonal abzugeben.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
40. Ich gehe oft mit vielen ungeklärten Fragen von meinem Besuch im Käferberg nach Hause.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
41. Ich fühle mich mit meinen Sorgen um das Wohlergehen meines Angehörigen allein.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
42. Ich habe manchmal das Gefühl, beim Pflegepersonal nicht richtig willkommen zu sein.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
43. Ich vermisse einen regelmässigen Kontakt zum Arzt meines Angehörigen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
44. Da das Personal oft einen gestressten Eindruck macht, halte ich meine Einwände zurück.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
45. Die Pflege meines Angehörigen fehlt mir im Alltag.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
46. Wenn ich Informationen zur Betreuung meines Angehörigen brauche, weiss ich, an wen ich mich wenden kann.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
47. Auf Reklamationen erhält man nur selten eine Antwort.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
48. Ich habe im PZ Käferberg eine Ansprechperson, bei der ich auch mal meine Sorgen loswerden kann.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
49. Ich habe das Gefühl, dass das Pflegepersonal gar nicht an meinem Wissen und meinen Erfahrungen zur Pflege meines Angehörigen interessiert ist.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
50. Wenn man den Arzt sprechen will, geht es oft tagelang bis man ihn erreicht.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					

	trifft überhaupt nicht zu					trifft vollkommen zu				
51. Mein Angehöriger steht zwar im Vordergrund, aber <u>mir</u> fehlt manchmal auch ein wenig Unterstützung.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
52. Ich frage mich, ob die Mitarbeiterinnen eigentlich eine Ahnung davon haben, welche Probleme mich als Angehöriger beschäftigen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
53. Ich wünsche mir mehr Einfühlungsvermögen von den Mitarbeiterinnen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
54. Mir fehlen gemeinsame Erlebnisse mit meinem Angehörigen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
55. Meine Anliegen sind auf der Abteilung nicht von Interesse.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
56. Wenn ich Informationen über das PZ Käferberg brauche, weiss ich, wo ich sie holen kann.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
57. Die Gespräche mit den Pflegenden enden oftmals mit dem Gefühl, nicht ernst genommen zu sein.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
58. Ich habe den Eindruck, dass einige Mitarbeiterinnen mit meinen Anliegen überfordert sind.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
59. Im Allgemeinen fühle ich mich gut über die Neuigkeiten im Käferberg informiert.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
60. Manchmal werde ich mit meinen Fragen von einem zum anderen geschickt, bis ich endlich die richtige Information erhalte.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
61. Wenn ich auf die Abteilung komme, scheinen die Mitarbeiterinnen oft nicht zu wissen, wie sie sich verhalten sollen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
62. Wenn ich Kritik anbringe, reagieren die Mitarbeiterinnen in der Regel mit fadenscheinigen Entschuldigungen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
63. Ich habe eigentlich keine Ahnung, wann der Arzt für mich erreichbar ist.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
64. Im Allgemeinen stosse ich mit meinen Anliegen im PZ Käferberg auf offene Ohren.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
65. Manchmal traue ich mich gar nicht, Kritik anzubringen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
66. Nur wenige Mitarbeiterinnen suchen wirklich Kontakt zu mir.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
67. Ich fühle mich im PZ Käferberg mit meinem Angehörigen manchmal allein.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					

	trifft überhaupt nicht zu					trifft vollkommen zu				
68. Oft muss ich Dinge mehrfach anbringen, ehe endlich mal was geschieht.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
69. Ich habe den Eindruck, dass ich über Veränderungen des Gesundheitszustandes meines Angehörigen vom Arzt ausreichend informiert werde.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
70. Oft erfahre ich erst im Nachhinein von einem Anlass, den ich vielleicht auch gern besucht hätte.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
71. Unbeschwerte Situationen erlebe ich mit meinem Angehörigen nur noch selten.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
72. Ich fühle mich manchmal unsicher, weil ich nicht genügend informiert bin.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
73. Ich weiss oft nicht, wie ich auf meinen Angehörigen reagieren soll.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
74. Ich habe immer wieder den Eindruck, dass man meine Kritik nicht ernst nimmt.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
75. Ich weiss zu wenig über die Krankheit meines Angehörigen, um damit umgehen zu können.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
76. Aufgrund der Alltagsroutine haben wir uns bei meinen Besuchen gar nichts mehr zu sagen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
77. Das Pflegepersonal ist oft nicht in der Lage, meine Bedürfnisse zu berücksichtigen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
78. Wenn ich etwas wissen will gelingt es mir immer den Arzt zu sprechen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
79. Der Alltag ist oftmals so schwer, dass ich mir mehr Möglichkeiten zu sozialen Kontakten im Käferberg wünsche.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					

80. Wie zufrieden sind Sie ganz allgemein mit Ihrem Kontakt zum Personal im PZ Käferberg?

	überhaupt nicht zufrieden	1	2	3	4	sehr zufrieden
• mit dem Pflegedienst:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• mit dem ärztlichen Dienst:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• mit dem Hausdienst:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• mit der Küche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• mit der Verwaltung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• mit der Betriebsleitung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**V. Bitte beurteilen Sie wie stark diese Aussagen auf ihre aktuelle Situation zutreffen.**

	trifft überhaupt nicht zu				trifft vollkommen zu
81. Ich fühle mich meinem Alter entsprechend gesund.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
82. Ich habe überhaupt keine Zeit für mich persönlich.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
83. Mein eigenes soziales Leben bleibt auf der Strecke.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
84. Ich habe das Gefühl, im Leben etwas zu verpassen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
85. Manchmal wünschte ich, meiner aktuellen Situation entfliehen zu können.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
86. Ich fühle mich körperlich und psychisch erschöpft.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
	überhaupt nicht belastet				sehr belastet
87. Wie sehr fühlen Sie sich durch Ihren Beruf belastet?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
88. Wie sehr fühlen Sie sich durch Ihre Partnerschaft belastet?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
89. Wie sehr fühlen Sie sich durch Ihre Familie belastet?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
90. Wie sehr sind Sie durch Ihren eigenen Gesundheitszustand belastet?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

## VI. Bitte beurteilen Sie das Angebot für Angehörige im Pflegezentrum Käferberg

Im folgenden Abschnitt sind die einzelnen Angebote, die sich direkt an Sie als Angehörige richten mit einer kurzen Beschreibung, aufgelistet. Wir bitten Sie, die einzelnen Punkte aus Ihrer persönlichen Sicht zu beurteilen.

Angebot	Wissen Sie, dass dieses Angebot besteht?	Wie sinnvoll finden Sie es, dass es ein solches Angebot gibt?  überhaupt nicht sinnvoll <span style="float: right;">sehr sinnvoll</span>	Falls Ihnen das Angebot bekannt ist: Haben Sie davon Gebrauch gemacht?	Falls Sie davon Gebrauch gemacht haben: War es hilfreich für Sie?  überhaupt nicht hilfreich <span style="float: right;">sehr hilfreich</span>
<b>91. Heimbesichtigung</b> (Angehörige haben die Möglichkeit vor Eintritt durch das PZ geführt zu werden)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<div>1 <input type="checkbox"/></div> <div>2 <input type="checkbox"/></div> <div>3 <input type="checkbox"/></div> <div>4 <input type="checkbox"/></div> <div>5 <input type="checkbox"/></div>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<div>1 <input type="checkbox"/></div> <div>2 <input type="checkbox"/></div> <div>3 <input type="checkbox"/></div> <div>4 <input type="checkbox"/></div> <div>5 <input type="checkbox"/></div>
<b>92. Angehörigengespräche</b> (Angehörige erhalten regelmässig Gesprächsangebote von der Abteilungsleitung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<div>1 <input type="checkbox"/></div> <div>2 <input type="checkbox"/></div> <div>3 <input type="checkbox"/></div> <div>4 <input type="checkbox"/></div> <div>5 <input type="checkbox"/></div>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<div>1 <input type="checkbox"/></div> <div>2 <input type="checkbox"/></div> <div>3 <input type="checkbox"/></div> <div>4 <input type="checkbox"/></div> <div>5 <input type="checkbox"/></div>
<b>93. Informationsabende des PZ</b> (es finden mehrmals jährlich Informationsanlässe für Angehörige statt)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<div>1 <input type="checkbox"/></div> <div>2 <input type="checkbox"/></div> <div>3 <input type="checkbox"/></div> <div>4 <input type="checkbox"/></div> <div>5 <input type="checkbox"/></div>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<div>1 <input type="checkbox"/></div> <div>2 <input type="checkbox"/></div> <div>3 <input type="checkbox"/></div> <div>4 <input type="checkbox"/></div> <div>5 <input type="checkbox"/></div>
<b>94. Informationsabende der Abteilung</b> (es finden mehrmals jährlich Informationsanlässe für Angehörige auf den Abteilungen statt)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<div>1 <input type="checkbox"/></div> <div>2 <input type="checkbox"/></div> <div>3 <input type="checkbox"/></div> <div>4 <input type="checkbox"/></div> <div>5 <input type="checkbox"/></div>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<div>1 <input type="checkbox"/></div> <div>2 <input type="checkbox"/></div> <div>3 <input type="checkbox"/></div> <div>4 <input type="checkbox"/></div> <div>5 <input type="checkbox"/></div>
<b>95. Kulturelle Anlässe des PZK</b> (es finden regelmässig Anlässe im Pflegezentrum statt, zu denen die Angehörigen eingeladen sind)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<div>1 <input type="checkbox"/></div> <div>2 <input type="checkbox"/></div> <div>3 <input type="checkbox"/></div> <div>4 <input type="checkbox"/></div> <div>5 <input type="checkbox"/></div>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<div>1 <input type="checkbox"/></div> <div>2 <input type="checkbox"/></div> <div>3 <input type="checkbox"/></div> <div>4 <input type="checkbox"/></div> <div>5 <input type="checkbox"/></div>







## Projekt

# Die Angehörigen als zentrale Partner in der institutionellen Altersarbeit

Fragebogen für Mitarbeitende mit Kundenkontakt

Anfangsbuchstaben des Vornamens Ihrer Mutter: \_\_\_\_\_

Geburtsjahrgang Ihrer Mutter: \_\_\_\_\_

Letzter Buchstabe Ihres Vornamens: \_\_\_\_\_

### I. Angaben zur Person

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Eintritt im PZ Käferberg: \_\_\_\_\_

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich

Zivilstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ getrennt

Arbeitsbereich: ☐ Pflegedienst ☐ Hauswirtschaft ☐ andere  
☐ Verwaltung ☐ ärztl. Dienst/Therapien

Funktion: ☐ Kader ☐ MA mit Diplom / mit Berufsausbildung  
☐ Hilfsangestellte

Ausbildung/Beruf: \_\_\_\_\_

Weiterbildungen: \_\_\_\_\_

Berufserfahrung im Altersbereich: \_\_\_\_\_ (Angaben in Jahren)

Arbeitspensum \_\_\_\_\_ %

## II. Bitte beurteilen Sie hier den Stellenwert von Angehörigenarbeit

### 1. Wie wichtig finden Sie Angehörigenarbeit grundsätzlich?

	überhaupt nicht wichtig 1	2	3	4	sehr wichtig 5
• für das Pflegezentrum:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• für die Bewohnerinnen*:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• für die Angehörigen*:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• für Sie persönlich:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 2. Wie wichtig wurde die Angehörigenarbeit im letzten Jahr aus Ihrer Sicht im PZ Käferberg genommen?

	überhaupt nicht wichtig 1	2	3	4	sehr wichtig 5
• von den Mitarbeitenden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• vom ärztlichen Dienst:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• von der Leitung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• von den Angehörigen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• von Ihnen persönlich:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. Wie wichtig sollte Ihrer Meinung nach die Angehörigenarbeit im Käferberg in Zukunft genommen werden?

	überhaupt nicht wichtig 1	2	3	4	sehr wichtig 5
• von den Mitarbeitenden:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• vom ärztlichen Dienst:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• von der Leitung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• von den Angehörigen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• von Ihnen persönlich:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Bewohnerin und Angehörige steht jeweils für beide Geschlechter

#### 4. Wie wichtig sind die Angehörigen Ihrer Meinung nach für die Bewohnerin?

	überhaupt nicht wichtig 1	2	3	4	sehr wichtig 5
• für das körperliche Wohlbefinden der Bewohnerin:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• für das seelische Wohlbefinden der Bewohnerin:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• für die Kontakte der Bewohnerin nach aussen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### III. Bitte beurteilen Sie das Angebot, das für die Angehörigen im PZ Käferberg besteht

Angebot	Wissen Sie, dass dieses Angebot besteht?	Wie sinnvoll finden Sie es, dass es ein solches Angebot für die Angehörigen gibt?						
		überhaupt nicht sinnvoll	1	2	3	4	5	sehr sinnvoll
<b>5. Heimbeseichtigung</b> (Angehörige haben die Möglichkeit vor Eintritt durch das PZ geführt zu werden)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>6. Angehörigengespräche</b> (Angehörige erhalten regelmässig Gesprächsangebote von der Abteilungsleitung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>7. Informationsabende des PZ</b> (es finden mehrmals jährlich Informationsanlässe für Angehörige statt)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>8. Informationsabende der Abteilung</b> (es finden mehrmals jährlich Informationsanlässe für Angehörige auf den Abteilungen statt)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>9. Kulturelle Anlässe des PZ</b> (es finden regelmässig Anlässe im Pflegezentrum statt, zu denen die Angehörigen eingeladen sind)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>10. Kulturelle Anlässe auf der Abteilung</b> (es finden regelmässig Anlässe auf den Abteilungen statt, zu denen die Angehörigen eingeladen sind)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Angebot	Wissen Sie, dass dieses Angebot besteht?	Wie sinnvoll finden Sie es, dass es ein solches Angebot für die Angehörigen gibt?				
		überhaupt nicht sinnvoll				sehr sinnvoll
<b>11. Informationsmappe des PZ</b> (beim Eintritt werden den Angehörigen alle wichtigen Informationen in einer Mappe abgegeben)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<b>12. Begrüssungsanlässe für Neueintretende</b> (zweimal im Jahr werden die Angehörigen von neuen Bewohnerinnen willkommen geheißen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<b>13. Telefonsprechstunde mit dem Arzt</b> (Angehörige haben die Möglichkeit den ärztlichen Dienst zu festgelegten Zeiten telefonisch zu erreichen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<b>14. Angehörigengruppen</b> (Angehörige haben die Möglichkeit in einer Gruppe unter fachlicher Begleitung über ihre Situation auszutauschen u. sich beraten zu lassen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<b>15. Integration in den Pflegealltag</b> (Angehörige haben die Möglichkeit auf eigenen Wunsch u. in Absprache mit der Bezugsperson einzelne Pflegehandlungen zu übernehmen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

16. Gibt es Bereiche, von denen Sie meinen, dass sie im Angehörigenprojekt nicht bedacht wurden? ☐ ja ☐ nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IV. Bitte beurteilen Sie inwiefern diese Aussagen über Angehörige ihrer Meinung nach zutreffen						
	trifft überhaupt nicht zu					trifft vollkommen zu
17. Es ist gut, wenn man die Angehörigen in den Pflegealltag integriert.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Oftmals wollen Angehörige viel zu viel wissen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Manchmal ist es wichtig, Angehörigen beizustehen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Einige Angehörige sollten mehr Vertrauen in uns haben.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Bewohnerin und Angehörige steht jeweils für beide Geschlechter  
EvaMall.doc

Februar 05

4

	trifft überhaupt nicht zu					trifft vollkommen zu	Wegen zu wenig Kontakt mit Angehörigen, kann ich diese Frage nicht beantworten
21. Es ist schwierig, die Anliegen der Angehörigen auch noch zu berücksichtigen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
22. Mich um Angehörige zu kümmern, halte ich nicht für meine Aufgabe.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
23. Das Pflegepersonal kennt die Bewohnerin oft besser als die Angehörigen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
24. Es kann hilfreich sein, die Meinung von Angehörigen zu berücksichtigen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
25. Angehörige sind für die Bewohnerin der wichtigste Kontakt nach aussen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
26. Viele Angehörige liefern die Bewohner einfach ab.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
27. Am besten geht man Angehörigen aus dem Weg, sie wollen doch nur kritisieren.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
28. Es gibt sehr viele Angehörige, die sich überhaupt nicht kümmern.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
29. Es gibt Angehörige, die für uns schwierig sind, weil sie sehr mit dem Bewohner mitleiden.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
30. Insgesamt gibt es nur wenige Angehörige, die sich stärker engagieren.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
31. Wenn man mit Angehörigen richtig arbeitet, können sie auch eine Hilfe bedeuten.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
32. Angehörige in Entscheidungen einzubeziehen ist im Alltag eigentlich gar nicht möglich.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
33. Es ist eine Herausforderung Angehörige zu begleiten.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

## V. Bitte beurteilen Sie inwiefern diese Aussagen für Ihre berufliche Situation zutreffen

	trifft überhaupt nicht zu				trifft vollkommen zu
34. Das Pflegezentrum Käferberg entspricht weitgehend meinen Idealvorstellungen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
35. Ich kann in meinem Beruf meine Fähigkeiten voll nutzen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
36. Meine Berufsideale lassen sich in meiner Tätigkeit verwirklichen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
37. Was meine Arbeit anbelangt, bin ich eigentlich grundsätzlich zufrieden.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
38. Ich finde, dass die Arbeit, die ich zurzeit mache, genau das Richtige für mich ist.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
39. Ich habe mir schon ernsthaft überlegt aus dem Beruf auszusteigen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
40. Ich halte mich gern an meinem Arbeitsplatz auf.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
41. Mein Beruf macht mir Spass.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

## VI. Bitte beurteilen Sie diese Aussagen zu Ihrer Arbeit mit Angehörigen

	trifft überhaupt nicht zu					trifft vollkommen zu	Wegen zu wenig Kontakt mit Angehörigen, kann ich diese Frage nicht beantworten
42. Aufgrund meines Fachwissens kann ich mir gut vorstellen, welche Probleme Angehörige beschäftigen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
43. Ich weiss genau, welche Ziele ich in meiner Arbeit mit Angehörigen verfolge.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
44. Manchmal denke ich, dass ich an den Bedürfnissen der Angehörigen vorbeihandle.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
45. Ich bin in der Lage, die Bedürfnisse von Angehörigen zu erfassen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
46. Ich bin mir nicht sicher, ob mein Tun wirklich den Bedürfnissen der Angehörigen entspricht.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

	trifft überhaupt nicht zu				trifft vollkommen zu	Wegen zu wenig Kontakt mit Angehörigen, kann ich diese Frage nicht beantworten
47. Manchmal weiss ich nicht, wie ich auf die Anliegen der Angehörigen reagieren soll.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Ich kann aufgrund meines Wissens Gespräche mit Angehörigen positiv beeinflussen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Ich kann gut mit Kritik von Seiten der Angehörigen umgehen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Ich bin mir oft nicht sicher, welche Informationen ich den Angehörigen geben darf.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Es fällt mir leicht mit Angehörigen zusammen zu arbeiten.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ich weiss, worauf es mir bei der täglichen Arbeit mit Angehörigen ankommt	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Es ist für mich schwer vorstellbar, welche Probleme die Angehörigen eigentlich beschäftigen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Ich weiss eigentlich immer, wie ich mich Angehörigen gegenüber am besten verhalte.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. In meiner Arbeit bin ich oft nicht sicher, was ich mit meinem Vorgehen bei den Angehörigen bewirke.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Die vielen verschiedenen Erwartungen der Angehörigen verunsichern mich.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. In meinem Arbeitsalltag gehe ich offen auf die Angehörigen zu.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Ich respektiere die Angehörigen als Partner in meiner Arbeit.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. In Konfliktsituationen mit Angehörigen bin ich manchmal ratlos.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. In meinem Alltag nehme ich mir bewusst Zeit für Gespräche mit Angehörigen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Mir ist bewusst warum Angehörigenarbeit wichtig ist.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	trifft überhaupt nicht zu				trifft vollkommen zu	Wegen zu wenig Kontakt mit Angehörigen, kann ich diese Frage nicht beantworten
62. Gespräche mit Angehörigen bereite ich in der Regel sorgfältig vor.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Meine Kontakte zu Angehörigen fin- den eher zufällig statt.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. In Gesprächen mit Angehörigen weiss ich, welche Ziele ich verfolge.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Wenn Angehörige nicht auf mich zu- kommen, gehe ich auf sie zu.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Ich bin mir sicher, dass ich viel zu einer guten Zusammenarbeit mit Angehöri- gen beitragen kann.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Ich weiss, mit welchen Belastungen Angehörige beim Eintritt umgehen müssen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Ich kann manchmal nicht nachvollzie- hen, warum Angehörige so viel kon- trollieren wollen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Manchmal denke ich, Angehörige sind deshalb so schwierig, weil sie Schuld- gefühle haben.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**VII. Bitte beurteilen Sie diese verschiedenen Situationen aus Ihrem Arbeitsalltag im Umgang mit Angehörigen.** (Kreuzen Sie dabei bitte an, wie häufig die Situationen vorkommen und wie sehr Sie diese belasten)

	Wie häufig kommt das vor?					Wie sehr belastet Sie das?				
	kommt überhaupt nicht vor			kommt sehr häufig vor		belastet mich überhaupt nicht			belastet mich sehr	
70. Reklamationen von Angehörigen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
71. Kritik von Angehörigen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
72. Gespräche mit Angehörigen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
73. Unterbrechungen Ihrer Arbeit durch Angehörige	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
74. Konflikte mit Angehörigen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

\* Bewohnerin und Angehörige steht jeweils für beide Geschlechter



	Wie häufig kommt das vor?					Wie sehr belastet Sie das?				
	kommt überhaupt nicht vor		kommt sehr häufig vor			belastet mich überhaupt nicht		belastet mich sehr		
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
75. Zusammenarbeit mit Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. Sich den Bedürfnissen der Angehörigen nicht gewachsen fühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. Grösserer Zeitdruck durch die Betreuung der Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78. Zu hoher Anteil an Angehörigenarbeit in meiner Tätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79. Sich um Angehörige kümmern zu müssen, obwohl andere Dinge erledigt werden sollten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. Aufgrund von Angehörigenbetreuung nicht mehr genügend Zeit für die Bewohner zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81. Keinen hilfreichen Kontakt zu Angehörigen herstellen zu können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82. Zwischen Bewohnerin und Angehörigen vermitteln zu müssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83. Schwierigkeit mit Angehörigen einfühlsam und verständnisvoll umzugehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84. Behinderung der eigenen Arbeit durch Konflikte in der Familie der Bewohnerin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85. Sich den Problemen der Angehörigen aufgrund des Altersunterschieds nicht gewachsen fühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86. Die Erwartungen der Angehörigen nicht erfüllen können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. Sich aufgrund der eigenen Nationalität von Angehörigen nicht respektiert fühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88. Das Gefühl, dass Angehörige sich nicht genug um die Bewohnerin kümmern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. Störung der Routine durch Wünsche von Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Bewohnerin und Angehörige steht jeweils für beide Geschlechter

## VIII. Bitte beurteilen Sie die Unterstützungsangebote im Umgang mit Angehörigen

	nein, überhaupt nicht				ja, vollkommen
90. Haben die Fortbildungen Ihr Fachwissen in Bezug auf das Thema Angehörige erweitert?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
91. Hatten die Fortbildungen einen Einfluss auf Ihr Verhalten gegenüber Angehörigen?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
92. Waren die Fortbildungen eine Unterstützung für Ihre tägliche Arbeit mit Angehörigen?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
93. Erleben Sie die Abteilungsrapporte zu Angehörigenarbeit als hilfreich? (Nur beantworten, wenn Sie daran teilgenommen haben)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
94. Wissen Sie an wen Sie sich bei Problemen mit Angehörigen wenden können?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
95. Fühlen Sie sich in Ihrer Arbeit mit Angehörigen durch Ihr Team grundsätzlich unterstützt?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
96. Fühlen Sie sich in Ihrer Arbeit mit Angehörigen grundsätzlich von Ihren Vorgesetzten unterstützt?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**Falls Sie eine Pflegeabteilung oder Wohngruppe leiten, beantworten Sie bitte auch die folgenden Fragen:**

	nein, überhaupt nicht				ja, vollkommen
97. Haben Sie die Fachzirkel als Unterstützung in der Angehörigenarbeit erlebt?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
98. Bewerten Sie das Instrument zur Durchführung der Angehörigenrapporte als hilfreich?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

## IX. Bitte beurteilen Sie die Wirkung des Angehörigenprojekts

	trifft überhaupt nicht zu				trifft vollkommen zu
99. Die Einstellung zu Angehörigen in unserem Team hat sich positiv verändert.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
100. Wir bekommen mehr positive Rückmeldungen von Angehörigen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
101. Wir haben mehr Kontakt zu den Angehörigen unserer BewohnerInnen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

\* Bewohnerin und Angehörige steht jeweils für beide Geschlechter

	trifft überhaupt nicht zu					trifft vollkommen zu				
102. Das Projekt kommt den Bewohnern und Bewohnerinnen auf jeden Fall zugute.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
103. Das Projekt bedeutet zusätzliche Arbeit für uns.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
104. Die Angehörigen kommen offener auf uns zu	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
105. Durch das Angehörigenprojekt sprechen wir im Team mehr über unsere Haltung gegenüber Angehörigen.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
106. Durch die engere Zusammenarbeit nehme ich die BewohnerInnen ganzheitlicher wahr.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
107. Im Vergleich zu den Erwartungen hat das Angehörigenprojekt wenig gebracht	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					
108. Das Angehörigenprojekt hat unseren Umgang mit Angehörigen positiv verändert.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>					

**Wir nehmen an dieser Stelle gerne noch Ihre Anregungen und Kommentare zu diesem Thema entgegen:**

---



---



---



---



---



---



---

Sehen Sie zum Abschluss bitte noch einmal nach, ob Sie wirklich alle Fragen beantwortet haben und ob Sie den Code auf der Titelseite angegeben haben.

Ganz herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!